DEFINITIEF

ACUTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

KNELPUNTEN EN VERBETERVOORSTELLEN IN DE KETEN

Ir. Saskia van der Erf

Geraline Boonzaaijer, Msc

Dr. Jan-Peter Heida

SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V.
Nieuwe Uitleg 24
2514 BR Den Haag

Den Haag, 11 februari 2015

Contactpersoon:
E-mail:
Telefoonnummer:

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting

De afgelopen jaren lijkt de opvang en geestelijke gezondheidszorg voor 'personen in crisis'[1] die acuut zorg nodig hebben verbeterd. Zo hebben politie en GGZ Nederland (GGZ-NL) in 2012 een convenant gesloten over samenwerking in de acute geestelijke gezondheidszorg-keten (ggz-keten) en organiseren GGZ-NL en het ministerie van VWS netwerkbijeenkomsten voor betrokken ketenpartners. Partijen in de acute ggz-keten geven echter aan dat zij nog knelpunten ervaren en dat verbetering mogelijk is.

Onderzoek bouwt voort op eerdere inventarisatie knelpunten

In de jaren 2012, 2013 en 2014 heeft het ministerie van VWS een groot aantal interviews gehouden met partijen in de keten van de acute ggz over knelpunten die zij ervaren. Deze interviews vormen de basis voor dit onderzoek. SiRM heeft diverse ketenpartijen gesproken die tijdens de eerste interviewronde gesproken zijn en enkele partijen die niet eerder geïnterviewd zijn (voor werkwijze onderzoek zie Hoofdstuk 2). Naast de gesprekken met individuele partijen zijn de bevindingen getoetst met partijen tijdens twee netwerkbijeenkomsten. De voorliggende knelpuntenanalyse gaat een stap verder door knelpunten te structureren, te prioriteren en de rol en verantwoordelijkheden van ketenpartijen per knelpunt in kaart te brengen. Deze rapportage dient als input voor concrete werkafspraken tussen netwerkpartners.

Per jaar zijn er 150.000 tot 175.000 crisiscontacten

Jaarlijks vinden er circa 150.000 tot 175.000 beoordelingen door de crisisdienst plaats in Nederland.[2] Hierbij vindt de verwijzing in ongeveer 15% van de gevallen plaats door de politie, in circa 40% van de gevallen door de huisarts of HAP en in de overige 45% van de gevallen door de overige ketenpartners (SEH, eigen behandelaar en ambulance). In Nederland wordt ongeveer 10% van de personen in crisis na beoordeling opgenomen in een ggz-instelling. Een deel van deze opnames is gedwongen. Crisisdiensten geven aan dat het opnamepercentage sterk verschilt per regio. Ongeveer 85% van de crisiscontacten leidt tot vervolgconsulten bij de crisisdienst of (eigen) behandelaar. De overige 5% van de crisiscontacten leidt niet tot vervolgbehandeling in de specialistische ggz.

---

[1] Deze term wordt in de rapportage gebruikt om mensen aan te duiden bij wie een vermoeden bestaat van een acuut psychiatrische stoornis.

[2] Muldert, C.L., Hemert A.M. van, Epidemiologie van spoedeisende psychiatrie, 2011; Wierdsma, A.I., Marle, P.D. van, Mulder, C.L., Aantallen en patronen van inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen in Maastricht, Groningen en Rotterdam, 2010; DBC Onderhoud, Toelichting zorgprofielen ggz 2014 versie 1.0, 2014.

Knelpunten geclusterd naar verwijzing, vervoer en beoordeling

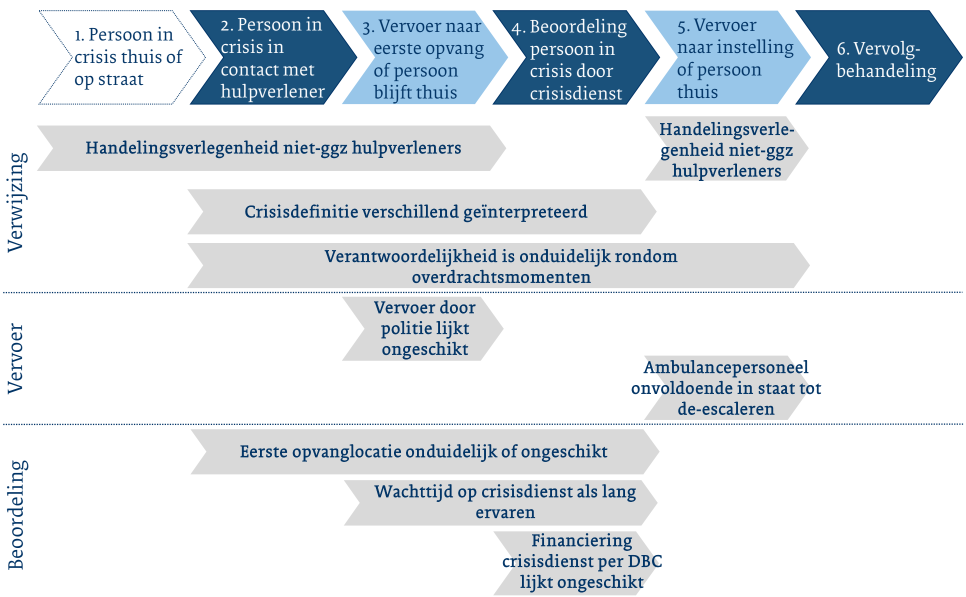
Op verschillende momenten in de acute ggz-keten ervaren partijen knelpunten. Voordat een persoon in crisis een behandeling krijgt, doorloopt hij verscheidene stappen van verwijzing tot vervoer naar de beoordelingslocatie, beoordeling door de crisisdienst en eventueel vervoer naar de ggz-instelling. In Hoofdstuk 5 staan twintig knelpunten beschreven die de ketenpartners op dit moment ervaren: acht knelpunten rondom de verwijzing van de persoon in crisis, zes knelpunten omtrent het vervoer en zes punten die spelen rondom de beoordeling van een acute ggz-patiënt door de crisisdienst.

Prioritering op basis van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Tijd en middelen zijn voor alle ketenpartners schaars. Deze rapportage biedt in dat licht een prioritering van de twintig knelpunten. Knelpunten zijn geprioriteerd op basis van de ordegrootte in termen van het aantal crisiscontacten en de impact van het knelpunt op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voor acute ggz-patiënten. In Hoofdstuk 7 staat de prioritering voor alle knelpunten visueel weergegeven.

Prioritering leidt tot selectie van acht knelpunten

De prioriteringssystematiek leidt tot een selectie van acht knelpunten. Partijen geven aan dat zij zich kunnen vinden in deze prioritering. In Figuur 1 staan de geprioriteerde knelpunten weergegeven per stap in de keten die een acute ggz-patiënt over het algemeen doorloopt.[3] We onderscheiden knelpunten omtrent verwijzing, vervoer en beoordeling.



Figuur 1. Knelpunten met hoogste prioriteit

[3] De manier waarop een onbekende patiënt de stappen van de keten doorloopt, verschilt van de manier waarop een bekende patiënt de stappen doorloopt.

Het gaat om de volgende knelpunten (lees Hoofdstuk 5 voor een gedetailleerde beschrijving per knelpunt):

- *Handelingsverlegenheid*: er is regelmatig sprake van handelingsverlegenheid bij niet-ggz hulpverleners. Handelingsverlegenheid kan het gevolg zijn van een gebrek aan kennis en vaardigheden en/ of stigmatisering van psychiatrische patiënten.

- *Crisisdefinitie*: hoewel er vanuit financieringsperspectief een eenduidige definitie is ten aanzien van wat een crisis is, lijkt het of verwijzers en crisisdiensten deze verschillend interpreteren.

- *Verantwoordelijkheid overdrachtsmomenten*: rondom overdrachtsmomenten is soms onduidelijk wie verantwoordelijk is voor het bieden van zorg aan de acute ggz-patiënt.

- *Vervoer door politie:* vervoer door politie lijkt ongeschikt voor acute ggz-patiënten: het kan onnodig stigmatiserend werken en is meestal niet in het belang van de patiënt.

- *Ambulancepersoneel de-escaleert onvoldoende:* ambulanceverpleegkundigen zijn vaak onvoldoende in staat om te de-escaleren. Dit resulteert regelmatig in sedatie van de patiënt. Sedatie is echter niet altijd in het belang van de patiënt en soms tegen het behandeladvies van de beoordelende psychiater in.

- *Eerste opvang:* de eerste opvanglocatie voor een persoon in crisis is vaak onduidelijk of ongeschikt. De politie plaatst de persoon in crisis soms noodgedwongen in een politiecel.

- *Wachttijd op crisisdienst:* verwijzers ervaren de wachttijd tot de komst van de crisisdienst als lang. Verwijzers geven aan dat zij de norm van 80% fysieke aanwezigheid van de crisisdienst binnen 2 uur[4] te ruim vinden. Het voldoen aan de norm wordt slechts in enkele regio's gemeten.

- *Financiering crisisdienst:* partijen geven aan dat financiering van crisisdiensten via DBC-zorgproducten ongewenst is. De huidige variabele beschikbaarheidsvergoeding als onderdeel van de DBC leidt mogelijk tot een onder- of overdekking voor partijen; partijen die meer DBC's declareren, ontvangen een hogere beschikbaarheidsvergoeding, terwijl juist de partijen in dunnerbevolkte gebieden een hogere beschikbaarheidsvergoeding zouden moeten ontvangen.

[4] Politie en GGZ-Nederland, Convenant Politie – GGZ 2012, 2012.

Per knelpunt is in kaart gebracht welke ketenpartijen betrokken dienen te zijn bij het werken aan een oplossing (zie tabellen in Hoofdstuk 6).

Naast werken aan verbetering is objectiveren van knelpunten van belang

Hoewel ketenpartijen zich kunnen vinden in de geselecteerde onderwerpen, zijn zij het niet altijd eens over de formulering van het knelpunt. Dit is een logisch gevolg van de vaak uiteenlopende en soms tegengestelde belangen. Naast het oppakken van de geprioriteerde knelpunten is daarom het objectiveren van knelpunten van belang. Het gaat om het beter vastleggen van rollen en verantwoordelijkheden en het registreren en analyseren van aantallen en kosten in de keten. Objectivering met als perspectief de patiënt en de maatschappij als geheel kan partijen op één lijn krijgen.

Aanvullende afspraken in de keten vastleggen in kwaliteitsstandaard

Voor een deel van de geprioriteerde knelpunten lijken de huidige wetgeving of vastgelegde afspraken onvoldoende handvatten te bieden. Denk aan de crisisdefinitie, verantwoordelijkheid tijdens overdrachtsmomenten, eerste opvang, vervoer en wachttijd op crisisdienst.[5] Daar zouden aanvullende (samenwerkings-) afspraken uitkomst kunnen bieden. Partijen kunnen deze afspraken bijvoorbeeld vastleggen in een multidisciplinaire kwaliteitsstandaard.

Registreren en analyseren aantallen en kosten in keten

Objectivering van knelpunten betekent daarnaast het registeren en analyseren van gegevens over bijvoorbeeld wachttijden, type verwijzers, opnamepercentage na beoordeling door de crisisdienst en de duur en kosten van het totale zorgtraject (inclusief de behandeling) bij crisis. Een aantal crisisdiensten in Nederland houdt op dit moment een deel van deze gegevens bij in het systeem 'webraap'. Registreren en analyseren is vooral van belang daar waar partijen tegengestelde belangen hebben of het oneens zijn (crisisdefinitie, wachttijd op crisisdienst, financiering crisisdienst).

Werken aan oplossingen op nationaal en regionaal niveau

Knelpunten kunnen aanzienlijk verschillen per regio. De organisatie van de keten is per regio anders: in sommige regio's is één crisisdienst verantwoordelijk voor de acute ggz, in andere regio's hebben verschillende instellingen afspraken gemaakt over crisiszorg. Het profiel van personen waarvoor verwijzers de crisisdienst bellen lijkt te verschillen per regio. Het aandeel personen in crisis dat uiteindelijk opgenomen wordt nadat zij zijn gezien door de crisisdienst, vertoont grote variatie per regio. Het is daarom aan te raden

[5] Er zijn op een aantal punten afspraken vastgelegd tussen politie en GGZ-NL. Voor andere verwijzers, voornamelijk huisarts en HAP, zijn verantwoordelijkheden rondom overdrachtsmomenten niet expliciet vastgelegd.

dat partijen regio specifieke knelpunten oppakken in de regio (bijvoorbeeld in ROAZ-verband) binnen de kaders van landelijke afspraken.

Leren van goede voorbeelden

Op sommige plekken in Nederland werken partijen al samen aan oplossingen voor knelpunten uit deze rapportage. Tijdens interviews en in de literatuur komen verbetervoorstellen en goede voorbeelden voor de aanpak van knelpunten aan de orde. Deze kunnen dienen ter inspiratie voor de partijen die samen gaan werken aan oplossingen voor de knelpunten. Ook kunnen partijen op een efficiëntere manier verbeteringen invoeren door te begrijpen welke succesfactoren en risicofactoren in andere regio's speelden tijdens de uitvoering van pilotprojecten. Een beschrijving van de voorstellen en goede voorbeelden staat in Hoofdstuk 8.

Stimuleren generalisatie en borgen implementatie van goede voorbeelden

Partijen geven aan dat het geld bij innovatieve verbeterprojecten niet altijd de patiënt volgt. Dit blijkt lastig, niet in de laatste plaats omdat uitgaven aan ketenpartijen in verschillende begrotingen vallen. Er dient aandacht te zijn voor eventuele overheveling van gelden of 'shared savings' afspraken om ketenpartners te motiveren om het belang van de patiënt en de maatschappij als geheel voorop te stellen. Het uitblijven van deze afspraken kan brede invoering van goede voorbeelden belemmeren. Om goede implementatie van op nationaal of regionaal niveau gemaakte afspraken te borgen, dienen (landelijke) partijen daarnaast aandacht te hebben voor communicatie en opleiding richting de organisaties die acute ggz verlenen. De medewerkers op de werkvloer vormen uiteindelijk de sleutel tot een succesvolle implementatie.

1 Inleiding

De afgelopen jaren lijkt de opvang en de geestelijke gezondheidszorg voor patiënten die direct (medisch) ingrijpen nodig hebben om zo direct gevaar voor de persoon of de omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen, verbeterd. Ook de veiligheid voor de medewerkers, de patiënten zelf en de omgeving van de instellingen is toegenomen. In 2012 hebben de politie en GGZ Nederland (GGZ-NL) een convenant gesloten over samenwerking bij opvang, begeleiding en behandeling van mensen met psychische en/ of verslavingsproblematiek die overtredingen begaan, overlast geven of hulpverlening nodig blijken te hebben. Dit in vervolg op een eerder convenant in 2003.

Ondanks deze ontwikkelingen is nog veel verbetering mogelijk en ervaren partijen in de acute geestelijke gezondheidszorg-keten (ggz-keten) knelpunten. De knelpunten kunnen verschillen per regio. In dit hoofdstuk beschrijven we het startpunt van dit onderzoek en de stappen die we in dit onderzoek doorlopen vanaf signalering van knelpunten tot het oplossen ervan.

1.1 Inventarisatie VWS en opzet netwerk ketenpartners

Het ministerie van VWS heeft in 2012, 2013 en 2014 een groot aantal interviews gehouden met partijen in de keten van de acute ggz. Interviews zijn gevoerd met Ambulancezorg Nederland (AZN), de crisisdiensten, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het Landelijk Platform GGz (LPGGz), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de politie, de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De interviews hadden als doel knelpunten in de acute ggz-keten te inventariseren.

Het ministerie heeft vervolgens met GGZ Nederland en het LPGGz een invitational conference georganiseerd op 24 maart 2014. Meer dan 50 personen van verschillende organisaties die een rol spelen in de acute ggz-keten namen deel. De conferentie heeft geleid tot mogelijke vervolginitiatieven op het gebied van vervoer en bekostiging. Daarnaast was een belangrijk resultaat dat contactpersonen en gegevens per ggz-instelling voor heel Nederland toegankelijk zijn gemaakt op de ggz-website.

Partijen geven aan dat ze de overleggen tussen ketenpartners nuttig vinden. Partijen hebben behoefte om informatie te blijven uitwisselen en stappen te zetten om verdergaande afspraken te maken. GGZ Nederland en het ministerie organiseren daarom op regelmatige basis landelijke netwerkbijeenkomsten.

Een gestructureerde knelpuntenanalyse draagt bij aan de effectiviteit van de netwerkbijeenkomsten en vergroot de mogelijkheid tot het maken van verdergaande afspraken. Deze knelpuntenanalyse gaat een stap verder dan de huidige inventarisatie en dient als input voor een concreet werkplan met verbeterstappen. De volgende paragraaf beschrijft welke stappen na signalering van knelpunten doorlopen dienen te worden om te komen tot het oplossen ervan.

1.2 Van signaleren tot werken aan oplossing

Het oplossen van knelpunten in een keten waar partijen uit verschillende sectoren samenwerken, kan ingewikkeld zijn. De rol en verantwoordelijkheden van partijen bij de knelpunten zijn niet altijd helder en de belangen van partijen kunnen uiteenlopen, omdat zij bijvoorbeeld conflicterende doelstellingen hebben of omdat zij gefinancierd worden uit verschillende begrotingen. Om samen te werken aan verbeteringen in de acute ggz-keten kunnen partijen een aantal stappen doorlopen vanaf de signalering van het knelpunt (schematisch weergegeven in Figuur 1).



Figuur 2. Schematische weergave van signaleren tot werken aan oplossing

Stap 1. Signaleren knelpunt: De inventarisatie van het ministerie uit 2012 tot 2014 vormt de basis voor de knelpunten die in dit onderzoek gesignaleerd zijn. Deze inventarisatie is getoetst en aangevuld tijdens interviews met partijen binnen de acute ggz-keten. In hoofdstuk 2 van de rapportage lichten we de werkwijze nader toe. De knelpunten die aangedragen zijn door ketenpartijen presenteren we in hoofdstuk 5.

Stap 2. Situeren knelpunt in stroomschema en betrokken partijen in kaart brengen: In de beginfase van het onderzoek hebben we een stroomschema opgesteld van het pad dat een acute ggz-patiënt typisch doorloopt. Dit stroomschema hebben we tijdens de interviews getoetst en gebruikt om de knelpunten te situeren. Ook zijn de betrokken partijen per stap in het stroomschema in kaart gebracht. Hoofdstuk 4 en 5 beschrijven tijdens welke stap van het stroomschema het knelpunt zich voordoet en welke partijen per stap betrokken zijn. Daarnaast beschrijven we in hoofdstuk 6 op basis van literatuuronderzoek (wetten en convenanten) welke rol en verantwoordelijkheden de verschillende partijen in de acute ggz-keten hebben.

Stap 3. Prioriteren knelpunten: Door de knelpunten te prioriteren, kan het netwerk bepalen voor welke knelpunten het eerst aan een oplossing gewerkt zou moeten worden.

In dit onderzoek hebben we de knelpunten geprioriteerd door de ordegrootte van het knelpunt in aantal crisiscontacten te bepalen en daarnaast de impact van het knelpunt op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voor acute ggz-patiënten te bepalen. Hoofdstuk 7 gaat hier nader op in en geeft de resultaten van de prioritering weer.

Stap 4. Objectiveren knelpunten en in kaart brengen goede voorbeelden: De knelpunten in dit onderzoek betreffen knelpunten die zijn aangedragen door ketenpartners tijdens interviews. Er ligt vaak geen kwantitatieve onderbouwing ten grondslag aan het knelpunt. Bovendien zijn partijen het niet altijd eens over de knelpunten en de impact ervan op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Objectiveren van knelpunten, met als perspectief de patiënt en de maatschappij als geheel, kan helpen om partijen op één lijn te krijgen. Naast objectivering helpt het om goede voorbeelden in bepaalde regio's in kaart te brengen, ter inspiratie voor andere regio's. Paragraaf 8.1 beschrijft welke geobjectiveerde informatie op dit moment beschikbaar is. Paragraaf 8.2 tot en met 8.4 beschrijven goede voorbeelden voor het oplossen van de knelpunten die tijdens de interviews genoemd of in de literatuur gevonden zijn.

Stap 5. Werken aan oplossing van knelpunt: Door na het signaleren van een knelpunt stap 2 tot en met 4 te doorlopen, krijgen partijen inzicht in met welk knelpunt men aan de slag moet gaan en op welke wijze. In hoofdstuk 9 wordt hier kort op ingegaan.

2 Werkwijze onderzoek

De informatie in dit onderzoek is verzameld door input te vragen van partijen tijdens interviews en netwerkbijeenkomsten. Daarnaast hebben we literatuuronderzoek uitgevoerd. In onderstaande paragrafen wordt nader ingegaan op de gehanteerde werkwijze.

2.1 Interviews en netwerkbijeenkomsten

SiRM heeft diverse ketenpartijen gesproken die tijdens de eerste interviewronde gesproken zijn en enkele partijen binnen de acute ggz-keten die niet eerder geïnterviewd zijn. Interviews zijn gevoerd met de AZN, crisisdiensten, GGZ-NL, InEen, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de NVSHA, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), politie, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), ZN en zorgverzekeraars.

De interviews namen ongeveer anderhalf uur in beslag. Tijdens de interviews kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

1. In de beginfase van het onderzoek hebben we een stroomschema opgesteld van het pad dat een acute ggz-patiënt doorloopt. Dit stroomschema hebben we tijdens de interviews getoetst. Door de input van geïnterviewden kon het stroomschema verder aangescherpt worden.

2. De knelpunten die tijdens de vorige interviewronde door de organisatie aangedragen waren, zijn getoetst bij de geïnterviewden. Daarnaast is om extra toelichting bij de knelpunten gevraagd, is besproken tijdens welke stap van de keten (weergegeven in het stroomschema) het knelpunt zich voordoet en is gevraagd of het overzicht van knelpunten volledig is.

3. Om prioritering van de knelpunten mogelijk te maken, is gevraagd wat de impact van de aangedragen knelpunten is op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg.

4. Aan de geïnterviewden is gevraagd om kansen en goede voorbeelden te noemen voor het oplossen van de aangedragen knelpunten.

5. Tenslotte is gevraagd om suggesties voor relevante literatuur over het knelpunt.

Naast de gesprekken met individuele partijen zijn de bevindingen getoetst met partijen tijdens twee netwerkbijeenkomsten. De eerste netwerkbijeenkomst vond plaats op 27

november 2014. Tijdens deze netwerkbijeenkomst is de eerste versie van de knelpuntenanalyse gepresenteerd. De doelen van deze presentatie waren als volgt:

1. Toetsen van eerste resultaten van het onderzoek

2. Voorstellen van manier van structureren van knelpunten en toetsen in hoeverre deze manier van structureren aansluit bij de behoefte van partijen

3. Voorstellen van manier van prioriteren van knelpunten en toetsen of deze wijze van prioriteren werkbaar is voor partijen

De tweede netwerkbijeenkomst vond plaats op 15 januari 2014. Het doel van deze bijeenkomst was om de rapportage te toetsen bij de deelnemers vóór definitieve oplevering.

2.2 Literatuuronderzoek

Naast interviews heeft SiRM literatuuronderzoek uitgevoerd. Hierbij is geen systematische literatuurreview uitgevoerd, maar lag de focus op beleidsstukken uit recentere jaren. We zijn gestart met literatuur over het pad dat een acute ggz-patiënt typisch doorloopt. Daarnaast is gezocht naar relevante literatuur over knelpunten. Hierbij vormden de suggesties voor literatuur van geïnterviewden het uitgangspunt. Tenslotte zijn relevante wetten, regelingen, convenanten, samenwerkingsafspraken en protocollen bestudeerd om zo per knelpunt in kaart te brengen wat de rol en verantwoordelijkheid van de verschillende partijen binnen de acute ggz-keten is. De volgende wetten zijn hierbij relevant gebleken:[6]

- Ambtsinstructie voor de politie, de Koninklijke marechaussee en andere opsporingsambtenaren

- Politiewet 2012

- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

- Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)

- Tijdelijke Wet Ambulancezorg.

Daarnaast heeft SiRM de volgende convenanten, richtlijn en beleidsregels gebruikt om rollen en verantwoordelijkheden in kaart te brengen:

[6] Naast de in de tekst genoemde wetten zijn de volgende wetten doorgenomen: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV), Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), Zorgverzekeringswet (Zvw).

- Convenant Politie – GGZ-NL 2012
- De kwestie vervoer, Zuijderhoudt Consultancy
- Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg (GGD GHOR Nederland, GGZ-NL, KNMG)
- Lokale convenanten/samenwerkingsafspraken tussen ketenpartners
- NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts - tweedelijns GGZ
- NZa beleidsregels.

3 Context

In het ‘Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014’ hebben partijen in de ggz afgesproken om zich gezamenlijk in te spannen om de kwaliteit van ggz te borgen en ggz-kosten te beheersen.[7] In navolging op het ‘Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014’ hebben partijen in 2013 nieuwe afspraken gemaakt om de kosten verder te beheersen. Deze afspraken zijn vastgelegd in het ‘Onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017’. Het uitgangspunt in het Onderhandelaarsresultaat is om de nodige zorg op de juiste plek en door de juiste persoon op een doelmatige manier en in goede samenhang te leveren.[8]

Twee van de afspraken in de gesloten akkoorden zijn diverse malen genoemd door geïnterviewden, omdat deze afspraken impact hebben op de zorg voor ggz-patiënten in crisis. De eerste afspraak betreft de ambitie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders om de beddencapaciteit af te bouwen en deze afbouw te substitueren door middel van ambulante zorg. Deze afspraak wordt nader besproken in paragraaf 3.1. De tweede afspraak betreft het invoeren van een stelselwijziging in de ggz, die passende zorg op de juiste plaats beoogt. In paragraaf 3.2 wordt hier nader op ingegaan.

3.1 Afbouw beddencapaciteit door ambulante zorg

In het ‘Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014’[7] zijn partijen in de ggz overeengekomen om tijdens de behandeling van een ggz-patiënt zoveel mogelijk te streven naar een aanpak waarbij een ambulante behandeling uitgangspunt is. Als onderdeel hiervan wordt in het Bestuurlijk Akkoord aangegeven dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders de ambitie delen om de huidige totale beddencapaciteit in de periode tot 2020 af te bouwen met een derde ten opzichte van de omvang van bedden in 2008. Deze afbouw wordt gestimuleerd door middel van ambulante zorg. Omdat lokale uitgangssituaties verschillen, maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders lokaal afspraken over de mogelijkheid, de inhoud en het tempo van de ambulantisering. Ter ondersteuning van lokale processen maken partijen landelijke afspraken.

In het ‘Onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017’[9] geven partijen aan dat de ambitie blijft om de beddencapaciteit in de periode tot 2020 fors af te bouwen met een derde ten opzichte van het aantal bedden in 2008 en om deze afbouw te substitueren door ambulante zorg.

---

[7] VWS, Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, 2012

[8] VWS, Bestuurlijk akkoord en nieuwe afspraken toekomst GGZ, 2013

[9] VWS, Onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017, 2013

In de interviews gaven AZN, InEen, de LHV en politie aan op korte termijn mogelijk een toename van het aantal crisiscontacten te verwachten door de ambulantisering. De politie gaf hierbij aan dat er op dit moment te weinig aandacht is voor vroegsignalering om crises te voorkomen. De politie gaf echter ook aan dat bij een goede organisatie van ambulante zorg het aantal crisiscontacten juist af kan nemen.[10] Crisisdiensten gaven daarnaast aan dat zij weinig crises zien onder chronische ggz-patiënten onder begeleiding van Functie Assertive Community Treatment-teams (FACT-teams).

3.2 Passende zorg op de juiste plaats

Een andere afspraak in het 'Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014' betreft het doorvoeren van een stelselwijziging in de ggz. Deze stelselwijziging beoogt een passende behandeling op de juiste plaats, om kwaliteit te waarborgen en kosten te beheersen.[7, 11] In het nieuwe stelsel wordt ggz aangeboden in drie echelons. Figuur 2 beschrijft welke patiënten in welk echelon behandeld dienen te worden in het nieuwe stelsel. [11, 12]



Figuur 3. Stelselwijziging ggz: patiëntengroep per echelon

Partijen hebben allereerst afgesproken om de huisartsenzorg te versterken.[7] De huisarts signaleert, behandelt of verwijst mensen naar de generalistische basis ggz of de gespecialiseerde ggz. Om de huisarts beter te ondersteunen in deze taken, is de module Praktijkondersteuner Huisarts – Geestelijke Gezondheidszorg (POH-ggz) geflexibiliseerd. De functie POH-ggz is in 2007 ontstaan om de huisarts te ondersteunen in het opvangen

[10] De politie gaat in een notitie nader in op de voorwaarden waaraan een goede organisatie van ambulante zorg volgens haar zou moeten voldoen: Slijpen, H., Effecten van ambulantisering bij de GGZ op het dagelijkse politiewerk, 2013

[11] VWS, Invoering Generalistische Basis GGZ, 2013

[12] Bureau HHM, Generalistische Basis GGZ – Verwijsmodel en productbeschrijvingen, 2013

van de toenemende vraag naar hulp bij psychische en psychosociale problemen in de eerste lijn.[13]

Daarnaast is afgesproken om een generalistische Basis ggz te ontwikkelen.[12] In de generalistische Basis ggz wordt alleen een behandeling gestart wanneer sprake is van een DSM benoemde stoornis in combinatie met een gemiddeld tot lage beperking van het functioneren. In het Bestuurlijk Akkoord wordt aangegeven dat door het ontwikkelen en versterken van de generalistische Basis ggz minimaal 20% van de patiënten vanuit de tweede lijn naar de generalistische Basis ggz kan verschuiven.[7]

In de gespecialiseerde ggz worden patiënten met een DSM-benoemde stoornis behandeld, voor wie een sterk complexe behandeling nodig is, waarbij een zwaar beroep gedaan wordt op specialistische kennis. De behandeling in de gespecialiseerde ggz is gericht op herstel of op rehabilitatie van de patiënt. In het Bestuurlijk Akkoord is opgenomen dat een patiënt in de gespecialiseerde ggz alleen nog klinisch behandeld wordt, wanneer dit onontkoombaar is.[7]

In de interviews gaven AZN, InEen, de LHV en de NZa aan dat het onduidelijk is wie (tijdens ANW-uren) zorg zou moeten verlenen aan patiënten die buiten de crisisdefinitie vallen, maar bij wie wel sprake is van spoed. Het gaat dan bijvoorbeeld om patiënten die begeleid worden door de POH-ggz of die onder behandeling zijn in de Basis ggz. De zorgvraag van deze patiënten betreft niet altijd gespecialiseerde ggz. Tegelijkertijd geven verwijzers aan dat zij deze patiënten tijdens ANW-uren geen passende zorg kunnen bieden. Bij de beschrijving van de knelpunten gaan we nader in op de organisatie van spoedhulp voor patiënten bij wie geen sprake is van gevaar, maar voor wie wel met spoed ggz-zorg nodig is.

[13] Landelijke vereniging POH-ggz, Functieprofiel Praktijkondersteuner Huisarts – Geestelijke Gezondheidszorg, 2014

4 Stroomschema acute ggz patiënt

Een acute ggz-patiënt in crisis verschilt op verschillende punten van een acuut somatisch zieke patiënt. Ten eerste hebben psychiatrische patiënten in crisis vaak geen ziektebesef en zijn zij hierdoor vaak niet gemotiveerd voor behandeling. Daarnaast gaan acute psychiatrische stoornissen vaak gepaard met gedragsstoornissen, wat het opvangen van een psychiatrische patiënt in crisis ingewikkeld kan maken. Ook is bij misdraging van een psychiatrische patiënt vaak niet duidelijk of de oorzaak de stoornis is of dat de patiënt zich moedwillig misdraagt. Tenslotte is bij somatische ziekten vaak sneller gezondheidswinst te behalen dan bij psychiatrische stoornissen. Bij verschillende somatische stoornissen leidt eerdere behandeling tot verhoging van de overlevingskans, terwijl psychiatrische stoornissen vaak een langdurige behandeling vergen, voordat duidelijke gezondheidswinst behaald wordt.

Om knelpunten te kunnen situeren in de keten hebben we in de beginfase van het onderzoek de stappen die een acute ggz-patiënt in crisis in het algemeen doorloopt in kaart gebracht in een stroomschema. We hebben het stroomschema opgesteld op basis van diverse bronnen[14] [15] [16] [17] [18] en in overleg met een psychiater werkzaam bij een crisisdienst. Dit stroomschema hebben we tijdens de interviews getoetst. Met de input van geïnterviewden is het stroomschema verder aangescherpt. In paragraaf 4.1 beschrijven we de stappen in het stroomschema. Paragraaf 4.2 beschrijft de betrokken partijen per stap. Paragraaf 4.3 geeft informatie over de ordegroottes in aantal crisiscontacten.

4.1 Stappen in stroomschema

Voordat een persoon in crisis een behandeling krijgt, doorloopt hij diverse stappen. Het pad dat een acute ggz-patiënt in het algemeen doorloopt, wordt visueel weergegeven in figuur 3. Voor sommige bekende patiënten zijn tussen verwijzers en de ggz afspraken gemaakt over de zorgverlening. De manier waarop een onbekende patiënt de stappen van het stroomschema doorloopt, kan daardoor verschillen van de manier waarop een bekende patiënt de stappen doorloopt. Als voor een bekende patiënt bijvoorbeeld al een maatregel getroffen is, is over het algemeen geen nieuwe beoordeling nodig.

---

[14] GGZ Nederland en Netwerk Hoofden Crisisdienst ggz, Profiel crisisdiensten/acute zorg ggz, 2013

[15] Acute Zorg Netwerk Noord Nederland, Stroomlijnen van acute zorg in een zorgketen, 2011

[16] Landelijk Platform GGZ, Knelpunten in crisiszorgketen ggz in kaart gebracht, 2014

[17] VUmc Netwerk acute zorg, Opzet ketenbrede focusgroepen ROAZ VUmc/AMC: handleiding

[18] Trimbos Instituut, Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit: Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten, 2010



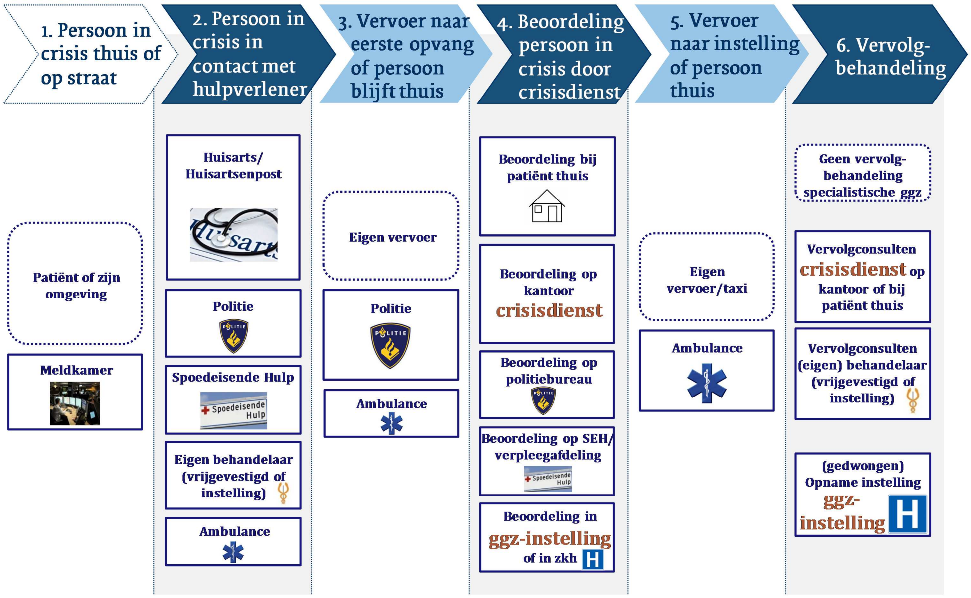
Figuur 4. Schematische weergave van stappen die acute ggz-patiënt doorloopt

Een persoon kan op verschillende plekken in crisis raken of in crisis aangetroffen worden (stap 1). De persoon of zijn omgeving neemt contact op met een hulpverlener, waarna contact met een hulpverlener plaatsvindt (stap 2). De hulpverlener zorgt voor vervoer naar de eerste opvang, blijft bij de persoon thuis of regelt in een minder dreigende situatie dat iemand anders bij de persoon thuis blijft (stap 3). Hierna vindt beoordeling van de persoon in crisis plaats door de crisisdienst thuis, op de eerste opvanglocatie of het kantoor van de crisisdienst. (stap 4). Na beoordeling door de crisisdienst krijgt de persoon in crisis een behandeling (stap 6). Indien deze behandeling gegeven wordt in een instelling, wordt de persoon vervoerd naar de instelling (stap 5).

Voor crises bij jeugd en verslaafden hebben jeugd- en verslavingszorg in sommige regio's een eigen crisisteam en –opvang. Meestal zijn deze crisisdiensten buiten kantooruren niet beschikbaar en vangt de reguliere crisisdienst in de regio buiten kantoortijden alle personen in crisis op.

4.2 Betrokken partijen per stap

Per stap in het pad dat een acute ggz-patiënt in het algemeen doorloopt, zijn verschillende partijen betrokken. Dit wordt visueel weergegeven in figuur 4. De grootte van de vakjes geven een indicatie van het aandeel crisiscontacten, waarbij de ketenpartij betrokken is.



- *Overkoepelende partijen zijn zorgverzekeraars, de NZa en het ministerie van VWS en zijn niet weergegeven in bovenstaand zorgpad.*
- *In sommige plaatsen in Nederland is de GGD betrokken bij de eerste stappen.*
- *Wanneer sprake is van een gedwongen opname met een rechterlijke machtiging en de patiënt wegloopt uit de instelling wordt de patiënt vaak door ambulance of politie weer teruggebracht naar de instelling.*

Figuur 5. Betrokken partijen per stap in stroomschema acute ggz-patiënt

Stap 1 en 2:

- Wanneer een persoon in crisis is, kan deze persoon of zijn omgeving contact opnemen met een hulpverlener.
- Contact opnemen met de politie, spoedeisende hulp of ambulance gebeurt vaak via de meldkamer. Er is ook vaak sprake van direct contact met de huisarts of huisartsenpost (HAP) of met de eigen behandelaar, vrijgevestigd of in een instelling.

Stap 3 en 4:

- Wanneer de hulpverlener een huisarts (huisartsenpraktijk/HAP) is, wacht deze vaak bij de persoon thuis op de crisisdienst. Wanneer sprake is van een minder dreigende situatie kan de huisarts regelen dat iemand anders (bijvoorbeeld een familielid) bij de patiënt blijft. Bij gevaar kan de huisarts de politie inschakelen.
- Wanneer de hulpverlener de politie is, is de eerste opvang vaak op het politiebureau. In sommige steden is een speciale locatie beschikbaar, waar de politie de persoon in crisis kan brengen voor eerste opvang en beoordeling. In

sommige plaatsen in Nederland kan de politie een persoon in crisis direct naar de ggz-instelling brengen.

- In bijna de helft van Nederland moet een persoon in crisis, die opgevangen is door de politie, eerst beoordeeld worden door een GGD-arts om somatiek uit te sluiten. In de rest van Nederland is tussen de politie en de ggz-instelling de afspraak gemaakt dat verplichte fysieke somatische beoordeling door een GGD-arts niet meer nodig is. Om het proces sneller te laten verlopen kan de politie zelf besluiten om eerst een GGD-arts in te schakelen of om meteen contact op te nemen met de crisisdienst.

- Als de persoon in crisis bij de spoedeisende hulp (SEH) terecht komt, wacht de patiënt op de SEH de beoordeling door de crisisdienst af. In sommige regio's hebben crisisdiensten een locatie beschikbaar gesteld waar de SEH de persoon in crisis naar toe kan brengen, zodat buiten de SEH gewacht kan worden op beoordeling door de crisisdienst.

- Wanneer de hulpverlener de eigen behandelaar is, kan de beoordeling bij deze eigen behandelaar plaatsvinden. In een deel van de gevallen vindt de beoordeling plaats op het kantoor van de crisisdienst.

- Het kan voorkomen dat een ambulancevervoerder een persoon in crisis treft en naar het kantoor van de crisisdienst brengt voor beoordeling.

Stap 5 en 6:

- Wanneer beoordeling door de crisisdienst heeft plaatsgevonden en hieruit volgt dat de persoon opgenomen moet worden, dan wordt de patiënt vervoerd naar een ggz-instelling. Als de patiënt onderweg verpleegkundige zorg nodig heeft dan vervoert de ambulance de patiënt in principe naar de instelling. Als geen verpleegkundige zorg nodig is dan kan de ggz-patiënt gebruik maken van een taxi of eigen vervoer.

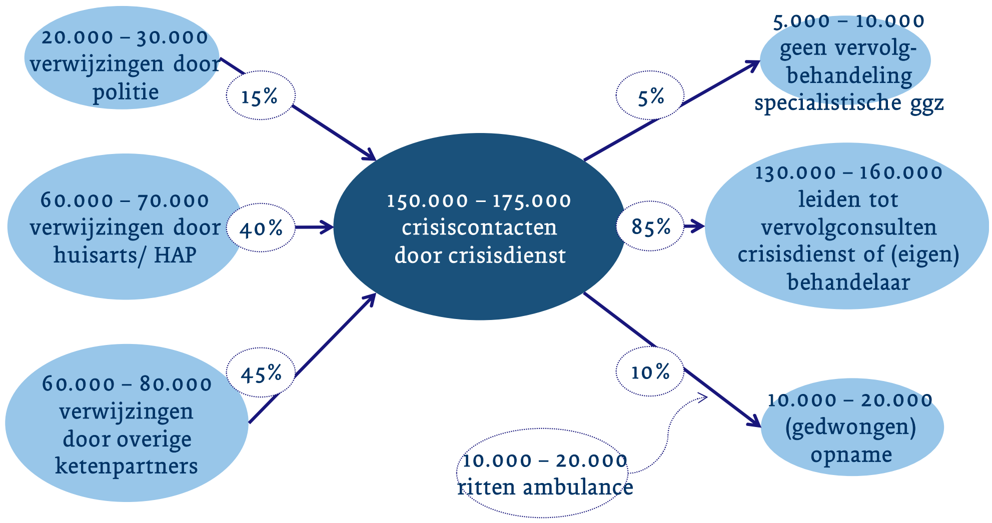
4.3 Ordegroottes in aantal crisiscontacten

Uit onderzoek dat in 2009 uitgevoerd is, blijkt dat er circa 32 crisisdiensten zijn in Nederland. Gemiddeld werken crisisdiensten voor 411.000 inwoners (range 125.000 tot 725.000). De diensten zien gemiddeld 4.090 patiënten per jaar (range 719 tot 9.725)[19] [20] Om

[19] Schrijvers, G. (Julius Centrum en UMC Utrecht), Nieuwsbrief Public Health 371: Grote verschillen tussen ggz crisisdiensten, 2009

[20] Anoiksis, Grote verschillen tussen ggz crisisdiensten, 2009

later in deze rapportage een inschatting te maken van de omvang van knelpunten, proberen we in deze paragraaf een aantal ordegroottes te bepalen van de stappen in het stroomschema. Op basis van diverse bronnen hebben we een inschatting gemaakt van de ordegroottes in aantal crisiscontacten.[21] [22] [23] [24] [25] Het resultaat van deze inschatting is zichtbaar in figuur 5. Belangrijk om op te merken is dat de aantallen en percentages een gemiddelde aangeven van de situatie in Nederland. Er bestaan grote regionale verschillen bijvoorbeeld in de percentages per verwijzer, maar ook bijvoorbeeld in percentages opnames. Deze verschillen zijn vaak het resultaat van een andere organisatie van geestelijke gezondheidszorg en spoedzorg voor personen in crisis.



Figuur 6. Ordegroottes in aantal crisiscontacten (jaarlijks, in Nederland)

We schatten in dat jaarlijks in totaal circa 150.000 tot 175.000 beoordelingen door de crisisdienst plaatsvinden in Nederland. Hierbij vindt de verwijzing in ongeveer 15% van de gevallen plaats door de politie. In ongeveer 40% van de gevallen vindt de verwijzing plaats door de huisarts of HAP. In circa 45% van de gevallen vindt de verwijzing plaats door de overige ketenpartners (SEH, eigen behandelaar en een klein deel ambulance).

Na beoordeling door de crisisdienst wordt in gemiddeld 10% van de gevallen geconcludeerd dat een opname in een ggz-instelling noodzakelijk is. Crisisdiensten geven aan dat de lokale verschillen in het opnamepercentage groot zijn. Een deel van de opnames

[21] Muldert, C.L., Hemert A.M. van, Epidemiologie van spoedeisende psychiatrie, 2011

[22] Wierdsma, A.I., Marle, P.D. van, Mulder, C.L., Aantallen en patronen van inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen in Maastricht, Groningen en Rotterdam, 2010

[23] DBC Onderhoud, Toelichting zorgprofielen ggz 2014 versie 1.0, 2014

[24] Ambulancezorg Nederland, Ambulances in-zicht 2012, 2012

[25] Eén van de crisisdiensten die gegevens bijhoudt in het systeem 'Webraap' heeft inzicht gegeven in gegevens over verwijzing

is gedwongen. In circa 85% van de gevallen wordt geconcludeerd dat vervolgconsulten bij de crisisdienst of (eigen) behandelaar nodig zijn. In ongeveer 5% van de gevallen wordt geconcludeerd dat geen vervolgbehandeling in de specialistische ggz nodig is.

5 Ervaren knelpunten in de keten

In de interviewronde die VWS gedaan heeft in 2012 tot en met 2014, zijn door partijen diverse knelpunten benoemd die ervaren worden binnen de acute ggz-keten. Tijdens de interviewronde in dit onderzoek zijn deze knelpunten getoetst bij geïnterviewden, is om extra toelichting bij de knelpunten gevraagd, is aan bod gekomen tijdens welke stap van de keten (weergegeven in het stroomschema) het knelpunt zich voordoet en is gevraagd of nog andere knelpunten ervaren worden.

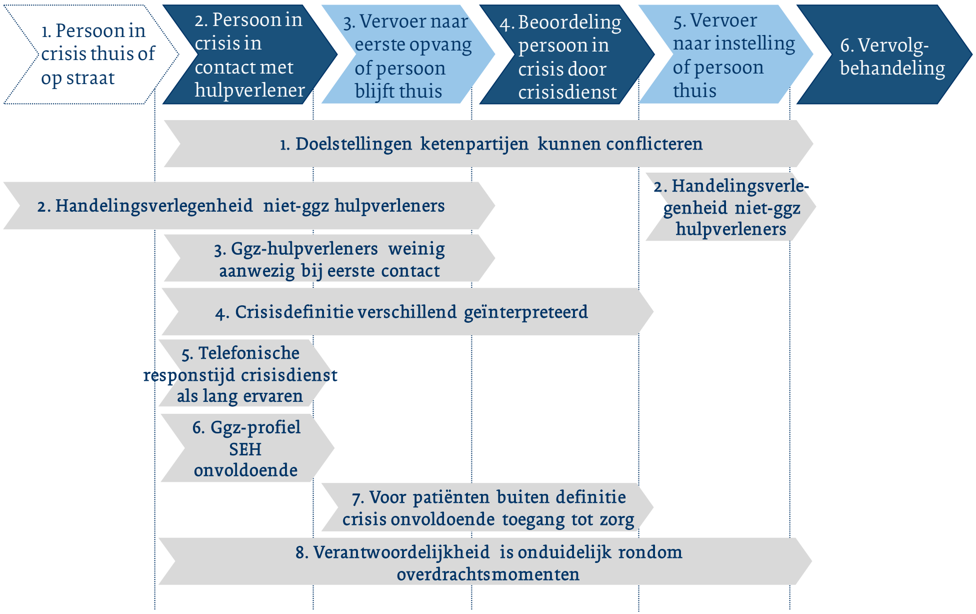
Op basis van de informatie uit beide interviewrondes zijn de aangedragen knelpunten geclusterd en onderverdeeld naar de volgende 3 thema's:

1. Verwijzing acute ggz-patiënt
2. Vervoer acute ggz-patiënt
3. Beoordeling acute ggz-patiënt

In dit hoofdstuk gaan we achtereenvolgens in op de knelpunten die partijen ervaren bij de verwijzing, het vervoer en de beoordeling van een acute ggz-patiënt.

5.1 Knelpunten verwijzing acute ggz patiënt

Figuur 6 geeft een overzicht van de knelpunten die partijen ervaren bij de verwijzing van een acute ggz-patiënt. De knelpunten zijn weergegeven in het stroomschema met de stappen die een acute ggz patiënt schematisch doorloopt.



Figuur 7. Knelpunten die partijen ervaren bij de verwijzing van een acute ggz-patiënt

In onderstaande tekst beschrijven we de knelpunten.

Knelpunt verwijzing 1: Doelstellingen ketenpartijen kunnen conflicteren

AZN, de politie en LPGGz[26] geven aan dat kerntaken en/of belangen van ketenpartijen verschillend zijn en daarmee conflicterend kunnen zijn. Zo kan de kerntaak van politie soms als conflicterend ervaren worden met het belang van de patiënt. Artikel 3 in de Politiewet[27] beschrijft de wettelijke taak van politie:

> *"De politie heeft tot taak in ondergeschiktheid aan het bevoegd gezag en in overeenstemming met de geldende rechtsregels te zorgen voor de daadwerkelijke handhaving van de rechtsorde en het verlenen van hulp aan hen die deze behoeven."*

Het knelpunt 'doelstellingen ketenpartijen kunnen conflicteren' kan zich voordoen tijdens alle stappen waarin niet-zorgverleners in contact zijn met de persoon in crisis.

Knelpunt verwijzing 2: Handelingsverlegenheid niet-ggz hulpverleners

Het merendeel van de geïnterviewde partijen geeft aan dat er sprake kan zijn van handelingsverlegenheid bij niet-ggz hulpverleners. Handelingsverlegenheid kan een gevolg zijn van een gebrek aan kennis en vaardigheden en/ of stigmatisering van psychiatrische patiënten. Partijen geven aan dat de handelingsverlegenheid met name

[26] Dit knelpunt kwam naar voren tijdens het interview met LPGGZ tijdens de eerste ronde.

[27] Minister van Veiligheid en Justitie en Minister van Defensie, Politiewet 2012, 2012

groot is bij de politie, aangezien de politie in tegenstelling tot de ambulance, huisarts en SEH geen zorgverlener is. InEen, NVSHA, V&VN en de crisisdiensten geven echter aan dat de ggz ook voor ambulancepersoneel, de HAP, de huisarts, triagisten en de SEH onbekender terrein is. GGZ-NL geeft aan dat crisisdiensten vaak niet alleen de crisis bij een patiënt moeten bestrijden, maar ook de 'crisis' bij de omgeving en hulpverleners van de patiënt die niet bekend zijn met crisis ggz.

Het knelpunt 'handelingsverlegenheid niet-ggz hulpverleners' kan voorkomen tijdens alle stappen waarin niet-ggz hulpverleners in contact zijn met de persoon in crisis.

Knelpunt verwijzing 3: Ggz-hulpverleners weinig aanwezig bij eerste contact

De politie geeft aan de aanwezigheid van ggz-hulpverleners te missen bij het eerste contact met een persoon in crisis. De politie geeft daarnaast aan dat de meldkamer op dit moment geen directe lijn met de ggz heeft. ZN en verzekeraars geven aan dat het inzetten van SPV-en eerder in de acute ggz-keten in de huidige financieringssystematiek lastig te financieren is. Wanneer een SPV op een situatie afgaat die geen crisissituatie blijkt te zijn, kan geen zorgproduct geopend worden, omdat er geen geldige betaaltitel is. De persoon voor wie de SPV gekomen is, kan niet geconfronteerd worden met een rekening voor specialistische zorg,[28] omdat het leveren van gespecialiseerde ggz niet nodig was.

Knelpunt verwijzing 4: Crisisdefinitie verschillend geïnterpreteerd

Hoewel er vanuit financieringsperspectief een eenduidige definitie is ten aanzien van wat een crisis is, lijkt het of verwijzers en crisisdiensten onderling deze verschillend interpreteren.

DBC Onderhoud, GGZ-NL, het Netwerk Hoofden Crisisdienst ggz, de NZa en politie hanteren de volgende crisisdefinitie:

> *"Een acute situatie van een patiënt die direct ingrijpen (medisch) noodzakelijk maakt teneinde direct gevaar voor de persoon of omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen. De acute situatie kan het gevolg zijn van een geestesstoornis d.w.z. een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen, in het bijzonder, een psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit hallucinaties of waanvoorstellingen, acute dreiging van suïcide of ernstige verwardheid als gevolg van een organische hersenaandoening."*[29] [30] [31] [32]

[28] Met een eventuele eigen bijdrage in verband met het eigen risico.

[29] DBC Onderhoud, Spelregels DBC-registratie ggz - Versie 20131105, 2014

[30] GGZ-Nederland, Profiel crisisdiensten/acute zorg ggz, 2013

[31] NZa, Prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg BR/CU-5114, vanaf 1 augustus 2014

DBC-Onderhoud maakt in sommige documenten nog wel gebruik van een bredere definitie van crisis, wat tot verwarring kan leiden bij partijen.[33] [34]

Tijdens de interviews en de netwerkbijeenkomsten werd duidelijk dat verwijzers en crisisdiensten de crisisdefinitie verschillend interpreteren. Ook bestaat het vermoeden dat niet alle verwijzers op de hoogte zijn van de definitie. Dit kan leiden tot regionale verschillen in de patiëntpopulatie die gezien wordt door de crisisdienst. Voor sommige diensten geldt waarschijnlijk dat niet alle personen in crisis die zij zien daadwerkelijk specialistische geestelijke gezondheidszorg nodig hebben.

Knelpunt verwijzing 5: Telefonische responstijd crisisdienst als lang ervaren

InEen en de LHV geven aan dat HAP's en huisartsen de telefonische responstijd van de crisisdienst regelmatig als lang ervaren. InEen geeft aan dat de procedure van toegang vaak verschilt per regio en per crisisdienst (bijvoorbeeld wel/geen aanmelding via de meldkamer). De LHV geeft daarnaast aan dat niet altijd helder is welk telefoonnummer verwijzers kunnen bellen bij een crisissituatie. De LHV geeft aan dat huisartsen de meeste problemen omtrent de responstijd van de crisisdienst ervaren tijdens ANW-uren. H. Vlemminx bevestigt dit in zijn onderzoek (2012), waarin hij concludeert dat niet alle HAP's een volledig beeld hebben van de acute ggz-zorgketen buiten kantoortijden. Het is voor HAP's niet altijd duidelijk wie er bereikbaar zijn aan de zijde van de acute ggz, hoe deze te bereiken zijn en waarvoor deze te bereiken zijn.[35] Uit onderzoek in opdracht van het ministerie van Veiligheid en Justitie blijkt dat de politie de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de ggz in het grootste deel van de onderzochte regio's als redelijk tot goed beoordeelt. De politie geeft in het onderzoek echter ook aan dat de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de ggz overdag beter is dan buiten kantoortijden.[36]

Knelpunt verwijzing 6: Ggz-profiel SEH onvoldoende

AZN, crisisdiensten en de NVSHA geven aan dat sommige SEH's met een profiel Acute Gedragsstoornissen onvoldoende in staat blijken om een persoon in crisis op te vangen (eerste opvang). De NVSHA geeft aan dat de SEH niet de juiste plaats is om een persoon met acute ggz-problematiek op te vangen tot beoordeling door de ggz. Zij geven aan dat acute ggz-patiënten veel onrust kunnen veroorzaken op de afdeling en dat er onvoldoende capaciteit beschikbaar is om de patiënt goed in de gaten te kunnen houden.

---

[32] Politie en GGZ-Nederland, Convenant Politie – GGZ 2012, 2012

[33] DBC Onderhoud, Factsheet Crisiszorg vanaf 2013, 2013

[34] DBC Onderhoud, Crisisinterventie, 2014

[35] Vlemminx, H., Ketensamenwerking in de acute GGZ-keten buiten kantoortijden – Het verbinden van huisartsenposten en geestelijke gezondheidszorg, 2012

[36] Abraham, H. en Nauta, O., Politie en 'verwarde personen' – Onderzoek naar optreden van de politie in relatie tot personen met verward gedrag, 2014

Volgens de huidige definitie van het SEH-profiel Acute Gedragsstoornissen moeten de volgende faciliteiten aanwezig zijn[37]:

- Directe beschikbaarheid van een consultatief psychiater en een consultatief psychiatrisch verpleegkundige

- Een ruimte op de SEH, die geschikt is voor de opvang van patiënten in crisis en het uitvoeren van (lichamelijk) onderzoek

- Beschikbaarheid van psychiatrische opnamecapaciteit

AZN en de NVSHA geven aan dat de huidige definitie van de benodigde faciliteiten voor een SEH-profiel Acute Gedragsstoornissen erg breed is en specifieker zou moeten zijn.

Knelpunt verwijzing 7: Voor patiënten buiten definitie crisis onvoldoende toegang tot ggz

AZN, de LHV, InEen en de NZa geven aan dat het onduidelijk is wie (buiten kantoortijden) zorg zou moeten verlenen aan patiënten die buiten de crisisdefinitie vallen, maar bij wie wel sprake is van spoed. Deze partijen geven aan dat geen spoedzorg beschikbaar lijkt te zijn wanneer geen sprake is van gevaar, maar wel met spoed ggz-zorg nodig is. Daarnaast geven crisisdiensten en verwijzers aan dat wachtlijsten in de reguliere ggz ertoe kunnen leiden dat verwijzers voor patiënten buiten de definitie van crisis de crisisdienst inschakelen.

<u>POH ggz en Basis ggz</u>

Voor patiënten die tijdens kantooruren begeleid worden door een POH-ggz of in behandeling zijn bij een Basis ggz behandelaar en buiten de crisisdefinitie vallen, is over het algemeen buiten kantooruren geen ggz-spoedzorg beschikbaar.[38] Deze personen komen meestal terecht bij de huisarts of de HAP als zij spoedzorg nodig hebben, maar geen sprake is van gevaar of de noodzaak tot specialistische ggz. Dit geldt ook voor personen in crisis die nog niet begeleid of behandeld worden voor ggz-problematiek.

<u>Specialistische ggz</u>

Voor patiënten die specialistische zorg nodig hebben, zijn in de wijk de volgende vormen van zorg beschikbaar:

[37] Rooijmans, D., Ikkersheim, D., (KPMG Plexus in opdracht van het ministerie van VWS), Praktijktoets Spoed Eisende Hulp, 2009

[38] NZa, Beleidsregel huisartsenzorg BR/CU-7095, vanaf 1 januari 2014

- Ambulante FACT-teams[39]: FACT-teams zijn breed samengestelde multidisciplinaire teams gericht op ernstig ontregelde patiënten en werken outreachend en ambulant. De teams richten zich op de personen met chronische psychiatrische aandoeningen in de wijk met veelal problemen op verschillende levensdomeinen. Inmiddels zijn er in Nederland ruim 150 FACT-teams actief. FACT-teams werken meestal in een regio van circa 50.000 inwoners.[40] [41] [42] FACT-teams worden gefinancierd vanuit de Zvw, AWBZ en WMO, waarbij in de meeste gevallen het grootste deel financiering vanuit de Zvw betreft.[43] [44] Over het algemeen doen FACT-teams alleen binnen kantoortijden de crisisinterventies zelf en wordt buiten kantoortijden de crisisdienst van de ggz-instelling ingeschakeld.[45] [46]

- IHT-teams: IHT-teams bieden hulp aan psychiatrische, volwassen patiënten die in crisis zijn of dreigen te raken en die zonder intensieve behandeling mogelijk opgenomen zouden moeten worden in een psychiatrisch ziekenhuis. IHT-teams begeleiden ook patiënten die na een opname naar huis gaan, maar daarbij nog extra ondersteuning nodig hebben.[47] IHT-teams werken in een regio van circa 200.000 inwoners.[48] Wanneer een persoon in crisis is of dreigt te raken, functioneert het IHT-team als poortwachter van de opnameafdelingen. Behandelaren kunnen het IHT-team in de eigen regio consulteren en inschakelen, wanneer sprake is van een crisis. IHT-teams zijn beschikbaar van 08.30 uur tot 17.00, 19.30 of 22.00 uur. Daarna neemt de crisisdienst over het algemeen de dienst over. IHT-teams zijn niet beschikbaar voor milde psychiatrische problematiek, problematiek die verwezen kan worden naar de eerste lijn, crisis die primair als gevolg is van middelen misbruik of crisis bij personen die jonger zijn dan 18 jaar. [49] [50] De invulling van de taken en activiteiten van een IHT-team

---

[39] FACT, Flexible ACT, is een door GGZ-Noord-Holland-Noord (GGZ-NHN) ontwikkelde variant op ACT. Het verschil tussen ACT- en FACT-teams is dat ACT-teams een smallere doelgroep hebben en zich alleen richten op ernstig ontregelde patiënten, terwijl FACT-teams zich ook richten op meer stabiel functionerende patiënten

[40] Stichting Centrum Certificering ACT en Flexible ACT, Wat is Flexible ACT?, 2014

[41] GGZ-Noord-Holland-Noord, Wat is FACT?, 2014

[42] F-ACT Nederland, Wat is F-ACT, 2014

[43] GGZ-Noord-Holland-Noord, Ordening primair proces, 2014

[44] Trimbos Instituut, Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie – Interventie specifieke aanbevelingen, 2012

[45] Verslavingszorg Noord-Nederland, FACT, 2014

[46] GGZ-Friesland, Over FACT, 2014

[47] Platform Intensive Home Treatment, IHT, 2014

[48] GGZ-Noord-Holland-Noord, Wat is IHT?, 2014

[49] Platform Intensive Home Treatment, Werkwijze IHT, 2014

kan verschillen per regio. Crisisdiensten geven aan dat sommige organisaties ook binnen kantoortijden een apart crisisdienstteam en een apart IHT-team hebben.

- SPV in wijkteams: Tot de jaren '80 vormden de wijkverpleegkundige algemene gezondheidszorg, de SPV (of wijkverpleegkundige ggz) en de maatschappelijk werker in samenwerking met de huisarts het kernteam voor basiszorg en welzijn in de wijk.[51] In het nieuwe zorgstelsel wordt weer teruggegaan naar de vorming van wijkteams om zo de zorg dichterbij de burger te organiseren. De LHV en politie gaven in de interviews aan dat binnen deze wijkteams ook een SPV gepositioneerd zou moeten worden. In verschillende artikelen wordt dit bevestigd.[51, 52]

Het knelpunt 'voor patiënten buiten definitie crisis onvoldoende toegang tot zorg' doet zich met name voor in ANW-uren, aangezien eigen behandelaar, huisarts en POH-ggz, de Basis GGZ, FACT-teams, IHT-teams en SPV-en in wijkteams dan niet of minder beschikbaar zijn. Wanneer onvoldoende spoedhulp geregeld is voor patiënten die buiten de crisisdefinitie vallen, kan dit ertoe leiden dat personen in de gespecialiseerde ggz terecht komen, terwijl dit misschien onnodig was.

Knelpunt verwijzing 8: Verantwoordelijkheid is onduidelijk rondom overdrachtsmomenten

AZN, InEen, de LHV, de NVSHA en politie geven aan dat het rondom overdrachtsmomenten soms onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor het bieden van zorg aan de acute ggz-patiënt. Het knelpunt 'verantwoordelijkheid rondom overdrachtsmomenten' kan voorkomen bij alle overdrachtsmomenten. De meeste specifieke knelpunten die hieromtrent genoemd zijn, doen zich voor in de wachttijd tot beoordeling door de crisisdienst:

- Vanaf het moment dat de crisisdienst bevestigd heeft te komen voor een beoordeling is voor huisarts of HAP en crisisdienst niet altijd duidelijk wie verantwoordelijk is voor de patiënt tot het arriveren van de crisisdienst. (LHV, crisisdiensten)

- Wanneer huisarts en politie beide zijn ingeschakeld is het onduidelijk wie de verantwoordelijkheid heeft voor de patiënt tot het moment van arriveren van de crisisdienst. (LHV)

---

[50] GGZ-Noord-Holland-Noord, Modelbeschrijving IHT, 2014

[51] Venneman, B. et al., Geestelijke gezondheid in de wijk: de wijkverpleegkundige ggz, de verbindende schakel, april 2014

[52] Venneman, B. et al., GGZ in de wijk – Zelfregie van bewoners als basis voor geestelijke gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven: wijkverpleegkundige GGZ: de verbindende schakel, juli 2013

5.2 Knelpunten vervoer acute ggz patiënt

Figuur 7 geeft een overzicht van de knelpunten die partijen ervaren bij het vervoer van een acute ggz-patiënt. De knelpunten zijn weergegeven in het stroomschema met de stappen die een acute ggz patiënt schematisch doorloopt.



Figuur 8. Knelpunten die partijen ervaren bij het vervoer van een acute ggz-patiënt

In onderstaande tekst beschrijven we de knelpunten.

Knelpunt vervoer 1: Vervoer door politie lijkt ongeschikt

AZN, GGZ-NL, LPGGz, de NPCF[53] en politie geven aan dat vervoer door politie ongeschikt is voor acute ggz-patiënten. GGZ-NL geeft aan dat het vervoer van mensen met acute psychiatrische problematiek door de politie in sommige gevallen onnodig stigmatiserend werkt en dat dit niet in het belang is van de patiënt.

Knelpunt vervoer 2: Organisatie politiebeveiliging bij gevaarlijke ggz-patiënt blijkt lastig

De crisisdiensten geven aan dat het soms lastig is om politiebeveiliging te organiseren wanneer ze een potentieel gevaarlijke patiënt thuis gaan beoordelen. De huisarts of eigen behandelaar heeft in dat geval de crisisdienst ingeschakeld om de patiënt te bezoeken. Als deze potentieel gevaarlijk is, heeft de crisisdienst behoefte aan politiebeveiliging. Dit blijkt niet altijd goed te organiseren te zijn.

AZN geeft aan dat beveiliging vanuit politie bij een gevaarlijke ggz-patiënt soms lastig te organiseren is tijdens het vervoer na de beoordeling door de crisisdienst. Wanneer politie

[53] Dit knelpunt kwam naar voren tijdens het interview met de NPCF tijdens de eerste ronde.

ingeschakeld wordt, omdat sprake is van een gevaarlijke ggz-patiënt, rijdt de politie over het algemeen in eigen auto achter de ambulance aan. Een ambulanceverpleegkundige (vooral een niet-SPV) blijft echter kwetsbaar, wanneer hij alleen achterin zit bij een gevaarlijke psychiatrische patiënt.

Knelpunt vervoer 3: Ambulancepersoneel onvoldoende in staat tot de-escaleren

AZN, crisisdiensten, GGZ-NL, de politie en V&VN geven aan dat ambulanceverpleegkundigen vaak onvoldoende in staat zijn om te de-escaleren. De partijen geven aan dat in de opleiding ambulanceverpleegkundige tegenwoordig weinig aandacht besteed wordt aan de omgang met ggz-patiënten. Hierdoor zijn ambulanceverpleegkundigen niet ervaren met de-escaleren. Dit resulteert vaak in sedatie van de patiënt om de veiligheid van het ambulancepersoneel te waarborgen. Dit is echter niet altijd in het belang van de patiënt zelf en is soms tegen het behandeladvies van de beoordelende psychiater in.

Knelpunt vervoer 4: Inzet van hightech ambulancevervoer lijkt onnodig duur

De politie, GGZ-NL en de crisisdiensten geven aan dat ggz-patiënten regelmatig vervoerd worden met hightech ambulancevervoer,[54] wat onnodig duur lijkt. De politie geeft hierbij aan dat een dure inrichting van een ambulance om acuut somatische zorg te kunnen leveren niet nodig is voor het vervoer van een acute ggz-patiënt. AZN geeft echter aan dat in veel regio's te weinig acute ggz-problematiek is om een lichter uitgeruste ambulance specifiek voor acute ggz-patiënten (bijvoorbeeld een psycholance) te laten rijden. Volgens de huidige regelgeving dient een patiënt die verpleegkundige zorg nodig heeft tijdens het vervoer door een ambulance vervoerd te worden (medische indicatie).[55]

Knelpunt vervoer 5: Wachttijd op ambulance als lang ervaren

GGZ-NL en de crisisdiensten geven aan dat verwijzers de wachttijd op de ambulance na de beoordeling van de patiënt soms als lang ervaren. Politie geeft daarnaast aan dat de ambulance niet buiten het verzorgingsgebied rijdt buiten kantoortijden, waardoor patiënten met een RM soms niet meteen naar de juiste instelling gebracht kunnen worden. V&VN geeft aan dat vervoer van een psychiatrische patiënt die beoordeeld is door de crisisdienst besteld vervoer is (B-urgentie), waardoor de wachttijd inderdaad soms langer kan zijn.

[54] Dat wil zeggen ingericht voor het vervoer van acute (somatische) patiënten.

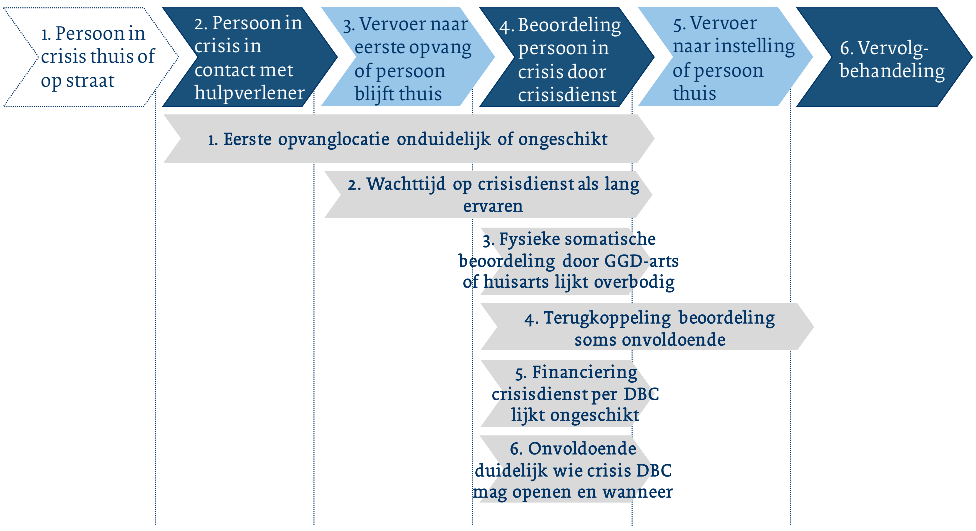
[55] Minister van VWS, Tijdelijke Wet Ambulancezorg, 2012

Knelpunt vervoer 6: Verantwoordelijke voor terugbrengen RM-patiënt is onduidelijk

AZN, de politie en de crisisdiensten geven aan dat het onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor het terugbrengen van een RM-patiënt in crisis die weggelopen is uit een instelling. AZN geeft aan dat de ambulance vaak wordt ingeroepen om deze personen te vervoeren, maar dat niet altijd sprake is van een medische indicatie om dit daadwerkelijk met een ambulance te doen. Crisisdiensten geven aan dat de verantwoordelijkheid voor vervoer van deze personen formeel de politie is, maar dat de verantwoordelijkheid meer verschoven is naar de zorginstelling in de afgelopen jaren.

5.3 Knelpunten beoordeling acute ggz patiënt

Figuur 8 geeft een overzicht van de knelpunten die partijen ervaren bij de beoordeling van een acute ggz-patiënt. De knelpunten zijn weergegeven in het stroomschema met de stappen die een acute ggz patiënt schematisch doorloopt.



Figuur 9. Knelpunten die partijen ervaren bij de beoordeling van een acute ggz-patiënt

In onderstaande tekst worden de knelpunten nader omschreven.

Knelpunt beoordeling 1: Eerste opvanglocatie onduidelijk of ongeschikt

AZN, GGZ-NL en politie geven aan dat de eerste opvanglocatie voor een persoon in crisis vaak onduidelijk of ongeschikt is. In sommige regio's hebben ggz-instellingen een eerste opvanglocatie beschikbaar (bijvoorbeeld onderzoekskamers in Amsterdam), waar de politie de persoon in crisis direct naartoe kan brengen. In plaatsen waar deze eerste opvanglocatie niet beschikbaar is, plaatst de politie de patiënt soms noodgedwongen in

een politiecel. AZN, GGZ-NL en politie geven aan een politiecel geen geschikte plaats te vinden voor de eerste opvang van een ggz-patiënt.

Knelpunt beoordeling 2: Wachttijd op crisisdienst als lang ervaren

InEen, de LHV en de NVSHA geven aan dat de wachttijd op de komst van de crisisdienst als lang ervaren wordt. InEen en de LHV geven aan dat in meer dreigende situaties de huisarts bij de persoon in crisis moet blijven tot de crisisdienst arriveert, wat bij een lange wachttijd op de crisisdienst kan leiden tot organisatorische problemen voor de HAP/huisarts. Ook H. Vlemminx geeft in zijn onderzoek (2012) aan dat HAP's problemen ervaren met de wachttijd tot de crisisdienst aanwezig is bij de patiënt.[35] De NVSHA geeft aan dat op een SEH onvoldoende capaciteit beschikbaar is om de patiënt goed in de gaten te kunnen houden. Daarnaast geeft de NVSHA aan dat acute ggz-patiënten veel onrust kunnen veroorzaken op de afdeling.

InEen, de LHV, ZN en verzekeraars geven bovendien aan dat ze de norm van 80% fysieke aanwezigheid van de crisisdienst binnen 2 uur te ruim vinden. De norm van 80% fysieke aanwezigheid van de crisisdienst binnen 2 uur is vastgesteld in het convenant tussen de politie en GGZ-NL.[32] ZN en verzekeraars geven aan dat in een situatie, waarin echt sprake is van crisis, een norm van 30 minuten bijvoorbeeld passender zou zijn. ZN en verzekeraars geven daarnaast aan dat bij een strengere triage door de verwijzer een minder groot beroep gedaan zou worden op crisisdiensten, waardoor een strengere norm ook beter te realiseren is.

Crisisdiensten geven aan het knelpunt 'wachttijd op crisisdienst als lang ervaren' te herkennen, maar dat zij binnen de huidige constellatie geen mogelijkheden zien om wachttijden sterk terug te dringen. Wat betreft de norm van 2 uur, geven zij aan dat een strengere norm niet mogelijk is gezien de huidige organisatie en financiering van crisisdiensten. Crisisdiensten geven aan dat zij vaak te maken hebben met onvoldoende beschikbaarheid om snel ter plaatse te kunnen zijn, omdat ze een groot verzorgingsgebied hebben en ook omdat auto's van crisisdiensten niet beschikken over een zwaailicht. Wel geven crisisdiensten aan dat de ggz meer zou kunnen werken met triage criteria en urgentiegraden, waarbij de maximale wachttijd gerelateerd wordt aan de urgentiegraad.

Het al dan niet behalen van de norm van 2 uur wordt overigens op dit moment bijna niet gemeten. Momenteel wordt bij drie crisisdiensten in Nederland in het systeem 'webraap' gemeten in hoeverre de norm behaald wordt en zijn er enkele crisisdiensten die webraap momenteel testen op de bruikbaarheid. In paragraaf 8.4 gaan we hier nader op in.

Knelpunt beoordeling 3: Fysieke somatische beoordeling door GGD-arts of huisarts lijkt overbodig

GGZ-NL, de LHV en politie geven aan dat de verplichte fysieke somatische beoordeling door een GGD-arts of huisarts vaak overbodig lijkt. De LHV geeft aan dat de huisarts op dit moment eerst bij de patiënt langs moet gaan om somatiek (bijv. delirium, diabetes) uit te sluiten, voordat de crisisdienst gebeld mag worden, maar dat in sommige gevallen al meteen duidelijk is voor de huisarts dat acute ggz-zorg nodig is.

GGZ-NL en de politie geven aan dat in circa de helft van Nederland een persoon in crisis die opgevangen is door de politie nog eerst beoordeeld moet worden door een GGD-arts om somatiek uit te sluiten, voordat de crisisdienst gebeld mag worden. Politie geeft aan dat deze extra stap zorgt voor vertraging in de acute ggz-keten en het proces duurder maakt. In de andere helft van Nederland is lokaal de afspraak gemaakt tussen politie en ggz-instelling dat verplichte fysieke somatische beoordeling door een GGD-arts niet meer nodig is. Om het proces sneller te laten verlopen, kan de politie zelf besluiten om eerst een GGD-arts in te schakelen of om meteen contact op te nemen met de crisisdienst.

Knelpunt beoordeling 4: Terugkoppeling beoordeling soms onvoldoende

InEen en de LHV geven aan dat de terugkoppeling van de beoordeling van de SPV, basisarts of psychiater aan verwijzer of vervoerder soms onvoldoende is. InEen en de LHV geven aan dat bij verwijzing door de HAP vaak alleen terugkoppeling van de ggz plaatsvindt aan de eigen huisarts.

Daarnaast werd in de interviews duidelijk dat soms ook onvoldoende informatieoverdracht plaatsvindt op andere plaatsen in de keten. AZN geeft aan dat soms onvoldoende informatieoverdracht plaatsvindt tussen crisisdienst en ambulancevervoer.

Knelpunt beoordeling 5: Financiering crisisdienst per DBC lijkt ongeschikt

Zorgverzekeraars financieren crisisdiensten op basis van het aantal crisis DBC's dat de dienst declareert. Er bestaan verschillende crisis DBC's afhankelijk van het aantal minuten dat besteed wordt met de patiënt. Een crisis DBC blijft maximaal 28 dagen open staan. De crisisdienst kan een patiënt die meerdere malen in crisis raakt binnen 28 dagen dus meerdere keren zien. Het tarief voor een crisis-DBC bevat een bedrag dat de extra kosten voor de beschikbaarheidsfunctie van de crisisdienst en de salaristoeslagen voor het werk van behandelaar buiten kantooruren vergoedt.[56] Het tarief van deze verrichting is hetzelfde voor geleverde crisiszorg binnen of buiten kantooruren.[29]

[56] Wordt nu gefinancierd door het registreren van een verrichting 'beschikbaarheidscomponent voor een 24-uurs crisisdienst'. De verrichting 'Beschikbaarheidscomponent voor 24-uurs crisiszorg' mag maar één keer per crisis-DBC geregistreerd worden.

Crisisdiensten, InEen en ZN geven aan dat de financiering van crisisdiensten via DBC-zorgproducten ongewenst is. ZN geeft aan dat de huidige variabele beschikbaarheidsvergoeding potentieel leidt tot een onder- of overdekking voor partijen; partijen die meer DBC's declareren, ontvangen een hogere beschikbaarheidsvergoeding, terwijl juist de partijen in dunnerbevolkte gebieden een hogere beschikbaarheidsvergoeding zouden moeten ontvangen. ZN geeft aan dat crisisdiensten per lumpsum voor beschikbaarheid gefinancierd zouden moeten worden. Ter vergelijking:

- De bekostigingsstructuur binnen de ambulancezorg is sinds 2014 op aanwijzing van de minister van VWS voor het grootste deel gebaseerd op de beschikbaarheid van ambulancezorg.[57]

- De hoogte van het budget van een Huisartsendienstenstructuur (HDS) is het door de HDS en zorgverzekeraar overeengekomen bedrag per inwoner maal het aantal inwoners in het adherentiegebied van de HDS.

- Voor een aantal sectoren is op aanvraag een beschikbaarheidsvergoeding beschikbaar in 2015[58], bijvoorbeeld gespecialiseerde brandwondenzorg, traumazorg door mobiel medische teams (MMT), SEH of acute verloskunde.

Sommige crisisdiensten geven daarnaast aan dat het huidige niveau van financiering voor hen niet kostendekkend is.

Knelpunt beoordeling 6: Onvoldoende duidelijk wie crisis DBC mag openen en wanneer

De NZa geeft aan dat onvoldoende duidelijk lijkt wie een crisis DBC mag openen en of dit naast een reguliere DBC mag:

- Alleen een crisisdienst mag crisis DBC's openen. Crisis DBC's lijken echter ook geopend te worden door behandelaren die niet werkzaam zijn voor de crisisafdeling. De NZa geeft in de nadere regel Gespecialiseerde ggz aan dat 'alléén instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie in het geval van een crisisinterventie een DBC mogen openen waar crisisactiviteiten op geschreven kunnen worden'.[59] De NZa geeft aan dat de formulering van de definitie aangescherpt zou moeten worden om te voorkomen dat ook behandelaren van andere afdelingen crisis DBC's openen.

- Het is niet duidelijk wanneer een crisis-DBC parallel aan een reguliere DBC geopend mag zijn. In sommige gevallen is het van belang dat de reguliere

[57] NZa, Beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening 2014 BR/CU-7089, 2013

[58] NZa, Beschikbaarheidbijdrage Cure - op aanvraag BR/CU-5121, 2014

[59] NZa, Nadere regel Gespecialiseerde ggz NR/CU-556, 2014

behandeling van de patiënt doorloopt naast de behandeling van de crisis. Als een patiënt bijvoorbeeld 's nachts in crisis raakt dan zal de crisisdienst een crisis DBC openen. Diezelfde dag (volgende morgen) kan een behandelaar van een reguliere afdeling een reguliere DBC openen. In het vervolg van de behandeling kan het voorkomen dat de crisisdienst nog contacten heeft met de patiënt, terwijl deze eveneens onder reguliere behandeling is. De NZa geeft aan dat zij verschillen tussen ggz-instellingen observeert en dat de spelregels hieromtrent aangescherpt zouden moeten worden.

6 Betrokken partijen per knelpunt

Om toe te werken naar een oplossing voor de gesignaleerde knelpunten is het van belang om de rol en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen binnen de acute ggz-keten in kaart te brengen. We hebben in dat kader verscheidene relevante wetten, regelingen, convenanten, samenwerkingsafspraken en protocollen bestudeerd. Paragraaf 2.2 bevat een overzicht van de documenten die doorgenomen zijn. Afspraken die alleen in protocollen op lokaal niveau gemaakt zijn, zijn niet opgenomen in dit hoofdstuk.

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) vervangt binnenkort de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). Met de komst van de nieuwe wet wordt beoogd de gedwongen behandeling van personen met psychische problemen minder ingrijpend te maken. Een belangrijk verschil met de wet Bopz is dat verplichte zorg bij de komst van de Wvggz ook buiten een instelling opgelegd kan worden.[60] Omdat de Wvggz nog niet in werking getreden is en de definitieve wettekst nog niet beschikbaar is,[61] is in de beschrijving van rollen en verantwoordelijkheden in dit hoofdstuk de wet Bopz als uitgangspunt genomen.

We beschrijven achtereenvolgens de rol en verantwoordelijkheden van partijen bij de verwijzing, het vervoer en de beoordeling van een acute ggz-patiënt. We beschrijven de knelpunten en partijen waarvoor we relevante informatie over rollen en/of verantwoordelijkheden in kaart hebben kunnen brengen op basis van gepubliceerde wetten en andere documenten.

6.1 Betrokken partijen bij knelpunten verwijzing

Tabel 1 geeft voor de knelpunten die partijen ervaren op het gebied van verwijzing weer welke partijen per knelpunt betrokken zijn. Partijen geven hierbij aan dat het knelpunt '8. Voor patiënten buiten definitie crisis onvoldoende toegang tot zorg' zich niet beperkt tot de acute ggz, maar een bredere groep patiënten betreft. Het oplossen van dit knelpunt vraagt betrokkenheid van partijen buiten de acute ggz, zoals de gemeente.

[60] Ministerie van VWS en ministerie van Justitie, Wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg, 2014

[61] GGZ-Nederland, Factsheet Wet verplichte GGZ, 2014

Tabel 1. Betrokken partijen bij knelpunten verwijzing

	Ambulance	Crisisdienst/ ggz-instelling	Huisarts/HAP	Ministerie van VWS	NZa	Politie	SEH	Zorgverzekeraars
1. Doelstellingen ketenpartijen kunnen conflicteren	●	●				●		
2. Handelingsverlegenheid niet-ggz hulpverleners	●	●	●			●	●	
3. Ggz-hulpverleners weinig aanwezig bij eerste contact		●	●			●		●
4. Crisisdefinitie verschillend geïnterpreteerd	●	●	●		●	●	●	●
5. Telefonische bereikbaarheid crisisdienst onduidelijk		●	●					
6. Huisartsen vinden het lastig om psychiaters te consulteren		●	●					●
7. Ggz-profiel SEH onvoldoende		●					●	
8. Voor patiënten buiten definitie crisis onvoldoende toegang tot zorg	●	●	●	●	●	●	●	●
9. Verantwoordelijkheid is onduidelijk rondom overdrachts-momenten	●	●	●	●		●	●	

Knelpunt verwijzing 2: Handelingsverlegenheid niet-ggz hulpverleners

In het convenant dat politie en GGZ-NL in 2012 gesloten hebben[62], is opgenomen dat zowel politie als ggz zich realiseren dat kennis van essentieel belang is voor een effectieve aanpak van personen in crisis. In het convenant maken politie en GGZ Nederland over opleiding en kennisuitwisseling op het gebied van de aanpak van personen in crisis de volgende afspraken:

- Investeren in opleidingen voor zowel medewerkers in basispolitiezorg als medewerkers binnen zorg
- Patiënten ervaringen inbrengen in de opleiding
- Op regionaal niveau afspraken maken over wederzijdse kennisoverdracht

[62] Politie en GGZ-Nederland, Convenant Politie – GGZ 2012, 2012

- Op landelijk niveau een toolkit ontwikkelen met daarin praktische voorbeelden en handvatten uit de verschillende regio's.[63]

Knelpunt verwijzing 3: Ggz-hulpverleners weinig aanwezig bij eerste contact

Politie en GGZ-NL maken in het convenant in 2012 afspraken over de rol/verantwoordelijkheid van de ggz bij het eerste contact.[62] Deze afspraken zijn opgenomen in tabel 2.

Tabel 2. Rol en verantwoordelijkheden omtrent knelpunt 'ggz-hulpverleners weinig aanwezig bij eerste contact'

Partijen	Rol/verantwoordelijkheid	Bron
Crisisdienst	Kan in voorkomende gevallen de politie adviseren over onder andere een juiste benaderingswijze	Convenant politie en GGZ-NL
GGZ	Verantwoordelijk voor het adviseren van de betrokkenen	Convenant politie en GGZ-NL

Knelpunt verwijzing 8: Voor patiënten buiten definitie crisis onvoldoende toegang tot zorg

Politie en GGZ-NL hebben in het convenant[62] diverse passages opgenomen over welke ketenpartner welke rol zou moeten spelen in de zorg voor patiënten buiten de definitie van crisis (tabel 3). Het convenant omschrijft een niet-acute situatie als 'een situatie waarin sprake is van personen met ernstige psychische of psychosociale problemen'. In het convenant geven politie en GGZ-NL aan dat dergelijke situaties zorgwekkend zijn en de betreffende personen hulp behoeven, maar dat deze hulp niet acuut aangeboden hoeft te worden.

[63] . Deze toolkit is in april 2014 tot stand gekomen en geeft politiemedewerkers inzicht in de afspraken die politie met instellingen heeft in de verschillende regio's en wat van de politie verwacht wordt in verschillende situaties. Slijpen, H., GGZ Gerelateerd politiewerk - Een informatiebrochure voor politiemensen, 2014

Tabel 3. Rol en verantwoordelijkheden omtrent knelpunt 'voor patiënten buiten definitie crisis onvoldoende toegang tot zorg'

Partijen	Rol/verantwoordelijkheid	Bron
Crisisdienst	Behandeling door de crisisdienst is niet noodzakelijk, maar de crisisdienst kan wel als verwijzer optreden	Convenant politie en GGZ-NL
Gemeente	- Regie op sociaalpsychiatrische hulpverlening voor niet-acute situaties valt onder de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ[64]) en is een verantwoordelijkheid van de door rijksoverheid aangewezen gemeente - Uitvoering van het OGGZ-beleid en onderhoud van de netwerken die daaromheen georganiseerd zijn (taak van gemeente op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo))	Convenant politie en GGZ-NL
Gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) en/of ggz-instelling	Uitvoering van sociaalpsychiatrische hulpverlening voor niet-acute situaties, waarvoor regie bij gemeente ligt. Tussen GGD en ggz-instellingen bestaat idealiter een nauwe samenwerking	
Ggz en overige hulpverleners	Niet-spoedeisende zorg is een taak	Convenant politie en GGZ-NL
Ggz-instellingen	- Overlast en gevaar proberen weg te nemen door het bieden van zorg(behandelingen), wanneer overlast het gevolg is van psychische problemen - Meldingen van zorgwekkende situaties opvolgen/afhandelen door speciaal ingerichte meldpunten - In samenwerking met partners, zoals gemeente, verantwoordelijk voor het organiseren en bieden van een juist zorgaanbod	Convenant politie en GGZ-NL
Politie	- Ondersteunend, signalerend, adviserend en doorverwijzend optreden - Verantwoordelijk om op te treden, wanneer personen overlast veroorzaken of een gevaar voor zichzelf vormen (in niet-acute situatie!) - Meldingen van zorgwekkende situaties opvolgen met prioriteit 3 of 4	Convenant politie en GGZ-NL
Politie en ggz-instellingen	Zich samen inspannen om met de gemeenten te komen tot een regio dekkend OGGZ-netwerk met een meldpunt voor hulp aan personen in een niet-acute situatie. Deze taak vanuit een adviserende rol ondersteunen	Convenant politie en GGZ-NL

Knelpunt verwijzing 9: Verantwoordelijkheid is onduidelijk rondom overdrachtsmomenten

Tabel 4 bevat hetgeen dat politie en GGZ-NL in het convenant[62] opgenomen hebben over de verantwoordelijkheid van politie en GGZ-NL rondom overdrachtsmomenten.

[64] De OGGZ richt zich op een doelgroep van sociaal kwetsbare mensen die meervoudige problematiek hebben, maar geen beroep doen op bestaande hulpverlening.

Tabel 4. Rol en verantwoordelijkheden omtrent knelpunt 'verantwoordelijkheid is onduidelijk rondom overdrachtsmomenten'

Partijen	Rol/verantwoordelijkheid	Bron
Crisisdienst	Uitgangspunt dat er binnen hoogstens 2 uur na telefonisch contact met de crisisdienst een crisisdienstmedewerker op de plaats van beoordeling aanwezig is die de opvang en het toezicht van de politie kan overnemen	Convenant politie en GGZ-NL
Politie	Verwijzing door politie: tot de komst van de crisisdienst is politie verantwoordelijk voor het toezicht op de persoon	Convenant politie en GGZ-NL
Ggz en politie	Politie en ggz zijn samen verantwoordelijk voor de veiligheid van en de zorg voor persoon en omgeving. Daarom blijven zowel politie als ggz aanwezig tot een rustige en veilige situatie ontstaan is.	Convenant politie en GGZ-NL

6.2 Betrokken partijen bij knelpunten vervoer acute ggz patiënt

In deze paragraaf beschrijven we de rol en verantwoordelijkheden van partijen omtrent het vervoer van acute ggz-patiënten. De rollen en verantwoordelijkheden zijn beschreven voor de 3 momenten waarop vervoerd kan worden binnen de keten:

- Vervoer naar eerste opvang
- Vervoer naar instelling
- Terugbrengen weggelopen patiënt uit instelling

Tabel 5 geeft voor de knelpunten die partijen ervaren op het gebied van vervoer weer welke partijen per knelpunt betrokken zijn.

Tabel 5. Betrokken partijen bij knelpunten vervoer

	Ambulance	Crisisdienst/ ggz-instelling	Huisarts/HAP	Ministerie van VWS	NZa	Politie	SEH	Zorgverzekeraars
1. Vervoer door politie lijkt ongeschikt	●	●		●		●		
2. Organisatie politiebeveiliging bij gevaarlijke ggz-patiënt blijkt lastig	●	●				●		
3. Ambulancepersoneel onvoldoende in staat tot de-escaleren	●	●						
4. Verplicht ambulancevervoer lijkt onnodig duur	●	●		●				●
5. Wachttijd op ambulance als lang ervaren	●	●		●		●		
6. Verantwoordelijke voor terugbrengen RM patiënt onduidelijk	●	●		●		●		

In het convenant dat politie en GGZ-NL in 2012 gesloten hebben,[62] is een tabel opgenomen met de afspraken over verantwoordelijkheden met betrekking tot het vervoer van personen in crisis, voor zolang het vervoer niet bij wet geregeld is. Deze tabel is opgenomen in bijlage 1 van dit rapport.

Rollen en verantwoordelijkheden bij vervoer naar eerste opvang

In het convenant hebben politie en GGZ NL opgenomen dat de politie verantwoordelijk is voor het handhaven van de openbare orde, het wettelijk begrenzen van overlast en het veiligstellen van situaties. Daarnaast is opgenomen dat de politie in het geval van een crisissituatie verantwoordelijk is voor het vervoer naar de beoordelingslocatie.[65]

In de wet BOPZ is niets opgenomen over de rollen en verantwoordelijkheden van partijen, voordat een crisismaatregel (inbewaringstelling, IBS) getroffen wordt.[66] In de Wvggz wordt hier expliciet aandacht aan besteed.[60, 61, 67] In het concept van artikel 7 van de Wvggz staat dat voorafgaand aan de beslissing over een crisismaatregel gedurende korte tijd verplichte zorg aan een persoon kan worden verleend, indien redelijkerwijs verondersteld kan worden dat een crisismaatregel genomen zal worden. Deze kortdurende verplichte

[65] De politie geeft aan dat haar standpunt is dat vervoer door de politie altijd ongeschikt is, ook als het vervoer naar de beoordelingslocatie betreft.

[66] Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en Minister van Justitie, Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen, 1992

[67] Zuijderhoudt Consultancy, De kwestie vervoer: GGD/Politie Amsterdam – Amstelland, 2012

zorg mag alleen verleend worden in de periode die nodig is om de procedure voor de crisismaatregel af te ronden. Het nieuwe wetsartikel geeft politie, ambulancevervoerder, zorgaanbieder, geneesheer-directeur of andere zorgverantwoordelijke of deskundige de bevoegdheid om een persoon in crisis tijdelijk in zijn bewegingsvrijheid beperken, tijdelijk zijn vrijheid te benemen of over te laten brengen naar een plaats die geschikt is voor tijdelijk verblijf.

Rollen en verantwoordelijkheden bij vervoer naar instelling

Verschillende wetten en convenanten gaan in op de rollen en verantwoordelijkheden van partijen bij het vervoer naar een ggz-instelling (na beoordeling door de crisisdienst).

<u>Ambulancezorg</u>:

- De ambulancezorg vervoert in het geval van medische indicatie. De kern van de medische indicatie is dat 'de patiënt onderweg verpleegkundige zorg nodig heeft'.[62]

- Er zijn grofweg drie redenen waarom een medische indicatie afgegeven wordt, waardoor ambulancevervoer ingezet wordt:[62]

    1. De patiënt heeft op basis van zijn ziektebeeld verpleegkundige zorg nodig onderweg. De patiënt is bijvoorbeeld te angstig of verward om zelfstandig/met mantelzorg te kunnen reizen.

    2. De patiënt heeft op basis van een acuut psychiatrisch beeld medicatie gehad waardoor, met het oog op somatische reacties op de medicatie, verpleegkundige observatie en interventie nodig zijn.

    3. De patiënt heeft somatische problematiek die vervoer per ambulance noodzakelijk maken (bijvoorbeeld (auto)intoxicatie of automutilatie).

- Tabel 6 geeft een overzicht van de situaties, waarin vervoer per ambulance noodzakelijk kan zijn.[62]

Tabel 6. Situaties waarin vervoer per ambulance noodzakelijk kan zijn

	IBS	RM	Vrijwillig
Psychiatrische noodzaak voor verpleegkundige begeleiding	Ja BOPZ, politie moet zich laten bijstaan	Soms	Soms
Somatische noodzaak voor verpleegkundige begeleiding	Vaak (acute sedatie)	Zelden	Zelden
Juridische noodzaak voor begeleiding	Ja, gedwongen	Ja, gedwongen	Nee
Maatregelen veiligheid	Ja, gevaarscriterium	Soms	Soms

- De minister van VWS wijst per regio één Regionale Ambulancevoorziening (RAV) aan. De RAV draagt zorg voor het in stand houden van een meldkamer en het verlenen of doen verlenen van ambulancezorg.[68]

- Het is anderen dan de RAV verboden ambulancezorg te verrichten. Dit geldt niet voor degenen die op grond van een overeenkomst met de RAV ambulancezorg verrichten.[68]

- Op elke aanvraag om ambulancezorg beslist de meldkamer van de regio waarbinnen de aangevraagde zorg aanvangt, of ambulancezorg nodig is, alsmede door wie en op welke wijze deze zal worden verleend. De meldkamer kan bij de hulpverlening aan zieken en gewonden andere vervoermiddelen inschakelen dan ambulances of speciaal daartoe uitgeruste en als zodanig herkenbaar andere motorvoertuigen, voor zover deze bij de meldkamer zijn geregistreerd.[68]

- Het is verboden ambulancezorg te verlenen zonder opdracht van een meldkamer.[68]

<u>Ambulance, GGZ en politie:</u>

- Over vervoer op grond van een medische indicatie maken politie en GGZ regionaal werkafspraken met de ambulancezorg. In deze werkafspraken worden expliciet benoemd: onvrijwillig vervoer, urgentiebepaling, vervoer buiten de regio en vervoer buiten de regio tussen 18:00 en 07:00 uur.[62]

[68] Minister van VWS, Tijdelijke Wet Ambulancezorg, 2012

Crisisdienst/verantwoordelijk psychiater (in samenwerking met politie):

- De crisisdienst stelt de medische indicatie en organiseert op grond daarvan het verdere vervoer. [62]

- Vervoer door de politie, anders dan naar de beoordelingslocatie, wordt niet gewenst geacht behoudens in situaties waarin politie en verantwoordelijk psychiater beide tot inzicht komen dat gegeven de bijzondere omstandigheden vervoer door of onder begeleiding van de politie zowel verantwoord als het beste is. [62]

- Is er geen sprake van medische indicatie en in het geval van coőperatieve patiënten met wie goede afspraken zijn te maken kan de verantwoordelijk psychiater besluiten gebruik te maken van taxi, openbaar vervoer of eigen zorgkader (bijvoorbeeld familie). Is de patiënt niet coőperatief, dan zoeken politie en GGZ in overleg een passende oplossing voor het vervoer.[62]

Meldkamer ambulancezorg:

- De meldkamer ambulancezorg is verantwoordelijk voor het proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorgcoőrdinatie en zorginstructie.[69]

Politie:

- Het ten uitvoer leggen van een inbewaringstelling (IBS) draagt de burgemeester op aan een of meer ambtenaren van politie, aangesteld voor de uitvoering van de politietaak, die zich voorzien van de bijstand van een of meer personen met kennis van de zorg voor personen die gestoord zijn in hun geestvermogens.[70]

Rollen en verantwoordelijkheden bij terugbrengen weggelopen patiënt uit instelling

Bij het terugbrengen van een weggelopen patiënt uit een ggz-instelling hebben partijen de volgende verantwoordelijkheden:

Ambulancezorg:

- De ambulancezorg vervoert in het geval van medische indicatie. De kern van de medische indicatie is dat ‘de patiënt onderweg verpleegkundige zorg nodig heeft’.[62] In de vorige paragraaf zijn we onder het punt ‘Ambulancezorg’ nader ingegaan op de invulling hiervan.

[69] AZN, NVMMA en V&VN, Nota verantwoorde ambulancezorg, 2013

[70] Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en Minister van Justitie, Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen: artikel 20 en 66, 1992

Geneesheer-directeur van betreffende ggz-instelling:

- Bij aanhouding van een vermiste dan wel ongeoorloofd afwezige BOPZ-patiënt wordt op lokaal niveau, in overleg met de houder van de BOPZ machtiging besloten op welke wijze het vervoer terug naar de instelling wordt geregeld.[62]

Openbaar Ministerie, Officier van Justitie en politie:

- Het Openbaar Ministerie van de desbetreffende regio waar de patiënt wordt vermist, is verantwoordelijk voor de opsporing en aanhouding van de ongeoorloofd afwezige BOPZ-patiënt.[62]

- Indien de vermiste of ongeoorloofd afwezige BOPZ-patiënt een gevaar voor zichzelf of de omgeving vormt, verzoekt de officier van Justitie politie over te gaan tot acute opsporing van deze persoon.[62]

- Voor patiënten die niet vallen onder de BOPZ geldt het algemene protocol voor vermissingen van de politie.[62]

6.3 Betrokken partijen bij knelpunten beoordeling acute ggz patiënt

Tabel 7 geeft voor de knelpunten die partijen ervaren op het gebied van beoordeling weer welke partijen per knelpunt betrokken zijn.

Tabel 7. Betrokken partijen bij knelpunten beoordeling

	Ambulance	Crisisdienst/ ggz-instelling	Huisarts/HAP	Ministerie van VWS	NZa	Politie	SEH	Zorgverzekeraars
1. Eerste opvanglocatie onduidelijk of ongeschikt		●				●	●	
2. Wachttijd op crisisdienst als lang ervaren		●	●			●	●	●
3. Somatische beoordeling door arts lijkt overbodig		●	●	●		●		
4. Terugkoppeling beoordeling soms onvoldoende	●	●	●					
5. Financiering crisisdienst per DBC lijkt ongeschikt		●		●	●			●
6. Onvoldoende duidelijk wie crisis DBC mag openen en wanneer		●			●			●

Knelpunt beoordeling 1: Eerste opvanglocatie onduidelijk of ongeschikt

In het convenant tussen politie en GGZ-NL[62], zijn verschillende passages opgenomen over de eerste opvanglocatie van een persoon in crisis bij verwijzing door de politie:

- Zowel politie als ggz realiseren zich dat een politiecel per definitie geen geschikte plek is voor een persoon in crisis en de duur van de insluiting in een cel dan ook tot een minimum beperkt dient te worden.

- Verwarde personen die de openbare orde verstoren, die een gevaar zijn voor zichzelf of voor anderen en van wie men het vermoeden heeft dat zij een geestesstoornis hebben, worden niet in een politiecel geplaatst wanneer er geen strafbaar feit is gepleegd. Situaties waarin het orde verstorend gedrag voortduurt en niet is uitgemaakt in hoeverre het gedrag voortkomt uit een geestesstoornis worden als strafbaar feit aangemerkt.

- Personen die zich in een crisissituatie bevinden, worden (bij aantreffen door de politie) in principe door de politie overgebracht naar een geschikte locatie waar zij beoordeeld kunnen worden. Dit kan zijn een Spoedeisende Psychiatrische Onderzoeksruimte (SPOR), een psychiatrisch ziekenhuis of politiebureau (niet zijnde een cel). Maar de beoordeling vindt bij voorkeur op de locatie plaats waar de persoon wordt aangetroffen, bijvoorbeeld een woning, of een huisartsenpost.

- De politie bepaalt wat een veilige omgeving is om deze beoordeling plaats te laten vinden. Veiligheid voor de persoon en de hulpverlener is uitgangspunt voor deze keuze. De politie stemt de gekozen locatie voor beoordeling direct af met de crisisdienst en zet hiermee het beoordelingsproces in gang.

In de ambtsinstructie voor politie[71] zijn daarnaast de volgende verantwoordelijkheden voor politie opgenomen, wanneer politie optreedt als verwijzer en vervoert naar de eerste opvang:

- De politieambtenaar draagt er zoveel mogelijk zorg voor dat personen die door drankgebruik of andere oorzaken onmiddellijk voor de openbare orde, veiligheid of gezondheid of voor zichzelf gevaarlijk zijn op de meest geschikte wijze van openbare plaatsen verwijderd worden.

- De politieambtenaar draagt deze personen over aan het eigen zorgkader indien de omstandigheden dit toelaten. Bij het ontbreken van opvangmogelijkheden elders kunnen deze personen op het politiebureau worden overgebracht. Dit mag echter alleen indien dit nodig is voor de bescherming van de persoon en indien dit niet tegen zijn wil gebeurt.

- Voor personen die een gevaar voor de openbare orde, veiligheid of gezondheid of voor zichzelf vormen en van wie bekend is dat zij geestelijk gestoord zijn of die geestelijk gestoord lijken, waarschuwt de politie de arts, nadat hij eerst heeft geprobeerd contact te zoeken met de eigen huisarts van de persoon.

Knelpunt beoordeling 2: Wachttijd op crisisdienst als lang ervaren

In het convenant[62] is het volgende opgenomen over de wachttijd op de crisisdienst:

- De crisisdienst is 24 x 7 bemand en in staat om direct te handelen.

- De crisisdienst reageert altijd op meldingen van politie omtrent crisissituaties. Uitgangspunt is dat er binnen ten hoogste twee uur, of zoveel sneller als mogelijk, na het eerste (telefonisch) contact, een crisisdienst medewerker ter plaatse is om de politie bij te staan. Het streven is dat in 80% van de gevallen binnen twee uur een hulpverlener voor psychiatrische/psychosociale beoordeling, crisisinterventie en hulp op locatie beschikbaar is, indien dit door de consultvrager wordt gevraagd en na triage noodzakelijk wordt gevonden.

[71] Minister van Justitie en de Minister van Binnenlandse Zaken, Ambtsinstructie voor de politie, de Koninklijke Marechaussee en andere opsporingsambtenaren, 1994

Knelpunt beoordeling 4: Terugkoppeling beoordeling soms onvoldoende

Tabel 8 geeft een overzicht van de rol en verantwoordelijkheden van partijen in het terugkoppelen van de beoordeling (door de crisisdienst) en de uitwisseling van gegevens tussen partijen.

Tabel 8. Rol en verantwoordelijkheden omtrent knelpunt 'terugkoppeling beoordeling soms onvoldoende'

Partijen	Rol/verantwoordelijkheid	Bron
Ggz en politie	- Relevante gegevens mogen door zowel ggz als politie worden verstrekt voor zover dit noodzakelijk is voor de directe uitvoering van hun taak in een concrete situatie. De politieambtenaar en hulpverlener beoordelen dit zelf - Relevante gegevens mogen worden uitgewisseld om, gezien de ernst, een situatie rond een persoon bespreekbaar te maken dan wel van advies te voorzien - Slechts die gegevens mogen worden verstrekt die nodig zijn om een situatie aan te pakken of om de gevaarsituatie in te schatten t.b.v. vervoer. Dit kunnen gegevens zijn over het feit of iemand psychotisch is, maar geen gegevens over de uitvoerige voorgeschiedenis van een patiënt - Er dient zorgvuldig aantekening te worden gehouden over de doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit van de gegevensuitwisseling	Convenant politie en GGZ-NL[62]
Ggz-hulpverlener (psychiater)	- De hulpverlener dient er zorg voor te dragen dat zonder toestemming van de patiënt aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt of inzage in/afschrift van het dossier waarin beschreven is welke behandelingen de patiënt gehad heeft (de bescheiden) verstrekt worden. - Onder anderen dan de patiënt zijn niet begrepen degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst en degene die optreedt als vervanger van de hulpverlener, voor zover verstrekking van de gegevens noodzakelijk is voor de door hen in dat kader te verrichten werkzaamheden. - De psychiater dient na een crisissituatie na intake de volgende dag een door de SPV opgesteld kort bericht te ondertekenen voor de huisarts.[72]	- Wet op de Geneeskundige Behandelings-overeenkomst (WGBO), artikel 457[73] (punt 1 en 2) - NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts - tweedelijns ggz[74] (punt 3)
Crisisdienst en/of ggz-kliniek	- Bij onvoldoende beschikbaarheid van informatie vanuit de huisarts dient de crisisdienst/kliniek telefonisch om aanvullende informatie te vragen en deze informatie toe te voegen aan het dossier	NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts - tweedelijns ggz
Ggz en huisarts	De ggz moet bij direct contact tussen een patiënt en de ggz zonder tussenkomt van de huisarts (bijv. bij acute crisissituatie in ANW-uren) kunnen beschikken over een 'professionele samenvatting' van het dossier van de huisarts, zoals dat ook in ANW-uren op HAP beschikbaar dient te zijn.[75]	NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts - tweedelijns ggz

[72] Dit bericht dient de volgende informatie te bevatten: reden van aanmelding, voorlopige diagnostische gegevens, ingestelde beleid (diagnostiek, crisisopname, voorlopige behandelingsafspraken), indicatie wat betreft evaluatie van afspraken, wanneer beleid geëvalueerd zal wordenm wanneer er nieuw beleid geformuleerd zal worden, wie verantwoordelijk is voor behandeling en wie als contactpersoon optreedt.

[73] Rijksoverheid, Burgerlijk wetboek, boek 7: Bijzondere overeenkomsten: Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst: artikel 450, 454, 457, 465, 1992

[74] NHG, NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts – tweedelijns ggz, 2011

[75] InEen geeft aan dat HAP's niet altijd over een samenvatting van het dossier kunnen beschikken, doordat de infrastructuur hiervoor niet toereikend is. Wanneer de huisarts niet betrokken is als verwijzer is toestemming van de patiënt nodig voor het uitwisselen van informatie uit het dossier van de huisarts.

Partijen geven aan dat voor patiënten die buiten de crisisdefinitie vallen bemoeizorg nodig kan zijn.[76] Bij bemoeizorg zijn verschillende ketenpartners betrokken, waaronder bijvoorbeeld huisartsen, thuiszorg, ggz-hulpverleners, politie en gemeente. Indien verleners van bemoeizorg gegevens uitwisselen, dient de handreiking 'Gegevensuitwisseling in de bemoeizorg'[77] als uitgangspunt. Deze handreiking beschrijft in welke situaties van bemoeizorg gegevensuitwisseling zonder toestemming mogelijk is en aan welke mate van zorgvuldigheid daarbij moet worden voldaan.

Knelpunt beoordeling 6: Onvoldoende duidelijk wie crisis DBC mag openen en wanneer

In de beleidsregel gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg van de NZa is opgenomen dat een crisis DBC geopend mag worden in de volgende situatie[78]:

> *"Een crisis-DBC wordt geopend in een acute situatie die direct ingrijpen noodzakelijk maakt teneinde direct gevaar voor de persoon of de omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen. De acute situatie kan het gevolg zijn van een geestesstoornis d.w.z. een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen, in het bijzonder, een psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit hallucinaties of waanvoorstellingen, acute dreiging van suïcide of ernstige verwardheid als gevolg van een organische hersenaandoening."*

Daarnaast geeft DBC Onderhoud in het document met spelregels omtrent de ggz-DBC registratie aan dat 'alléén instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie een DBC mogen openen waar crisisactiviteiten op geregistreerd kunnen worden'.[79] In de spelregels van DBC Onderhoud staat niets vermeld over bij welke afdeling de behandelaar, die de DBC opent, werkzaam dient te zijn.

In het gebruikersdocument ggz dat geldig is vanaf 1 januari 2015 wordt aangegeven dat bij de zorgtypen 'crisisinterventie zonder opname' en 'crisisinterventie met opname' bij één patiënt de primaire diagnosehoofdgroep dezelfde mag zijn als bij een parallel lopend zorgtraject.[80] In de situatie voor 2015 mocht bij de zorgtypen 'crisisinterventie zonder opname' en 'crisisinterventie met opname' de primaire diagnose overeenkomen bij parallel lopende zorgtrajecten.[80]

---

[76] Bemoeizorg bestaat uit (1) het helpen van 'zorgwekkende zorgmijders' bij het onderkennen en stellen van een hulpvraag indien sprake is van complexe psychische, psychosociale en/of somatische problematiek, (2) de zorgmijder actief uitnodigen om zorg te accepteren en (3) het zorgaanbod op de vragen en problemen van de zorgmijder afstemmen.

[77] GGD GHOR Nederland, GGZ-NL en KNMG, Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg, 2014

[78] NZa, Prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg BR/CU-5114, vanaf 1 augustus 2014

[79] DBC Onderhoud, Spelregels DBC-registratie ggz - Versie 20131105, 2014

[80] DBC Onderhoud, Gebruikersdocument GGZ – Deel 1: Wijzigingen, vanaf 1 januari 2015, 2014

7 Prioriteren van knelpunten

Door de knelpunten te prioriteren, kunnen ketenpartners bepalen voor welke knelpunten het eerst aan een oplossing gewerkt zou moeten worden. In dit hoofdstuk beschrijven we een systematiek die een prioritering aan kan brengen in de knelpunten.[81]

In paragraaf 8.1 lichten we de systematiek om te prioriteren toe. De volgende paragrafen bevatten de prioritering van knelpunten die partijen ervaren bij de verwijzing, het vervoer en de beoordeling van een acute ggz-patiënt.

7.1 Toelichting systematiek

Een manier om knelpunten te prioriteren is door de ordegrootte en de impact van het knelpunt op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voor acute ggz-patiënten te bepalen.

Om de ordegrootte te bepalen, is een inschatting gemaakt van het aantal crisiscontacten waarbij het knelpunt zich voor kan doen (zie paragraaf 4.3). Idealiter nemen we ook de kosten mee bij de bepaling van de ordegrootte. Op dit moment zijn er echter te weinig gegevens beschikbaar over de kosten per crisiscontact gedifferentieerd naar verwijzer en afloop om dit te kunnen doen.

Op basis van de interviews hebben we een inschatting gemaakt van de impact van ieder knelpunt op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voor acute ggz-patiënten:[82] [83]

- Toegankelijkheid van zorg: personen die zorg nodig hebben, hebben tijdig en zonder ongewenste drempels toegang tot zorgverlening. De zorg is vraaggericht, voor iedereen gelijk, tijdig, bereikbaar, beschikbaar, er is continuïteit van zorg en er is keuzevrijheid voor de patiënt.

- Kwaliteit van zorg: de zorg is van goed niveau/veilig, de zorg wordt doeltreffend, doelmatig/effectief en vraaggericht geleverd en de zorg is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.

---

[81] Deze systematiek is getoetst bij de aanwezigen bij de netwerkbijeenkomst op 27 november 2014. De aanwezigen gaven aan de systematiek geschikt te vinden voor het prioriteren van huidige en toekomstige knelpunten.

[82] NZa, Beleidsregel TH/BR-009 - Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, vanaf 1 januari 2014, 2013

[83] RIVM, Zorgbalans 2014: De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg, 2014

- Betaalbaarheid van zorg: een beheerste uitgavenontwikkeling en een doelmatig zorgstelsel staan centraal in de in 2006 ingevoerde Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Een beheerste uitgavenontwikkeling zorgt ervoor dat de zorg niet een te grote druk legt op de collectieve middelen en het nationaal inkomen. Het houdt de zorg betaalbaar op macroniveau. De vraag in hoeverre zorg betaalbaar is voor individuen of huishoudens valt onder (financiële) toegankelijkheid.

Figuur 9 geeft weer op welke manier per knelpunt de impact op toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg ingeschat is.

	Niet/ n.v.t. *score 0*	Weinig *score 1*	Gemiddeld *score 2*	Veel *score 3*
In welke mate brengt het knelpunt de toegankelijkheid voor de patiënt van de acute ggz-keten in het geding?	☐	☐	☐	☐
In welke mate leidt het knelpunt tot lagere kwaliteit van de geleverde acute ggz?	☐	☐	☐	☐
In welke mate brengt het knelpunt de **betaalbaarheid** van de acute ggz-keten in het geding?	☐	☐	☐	☐

Figuur 10. Manier inschatting impact van knelpunten

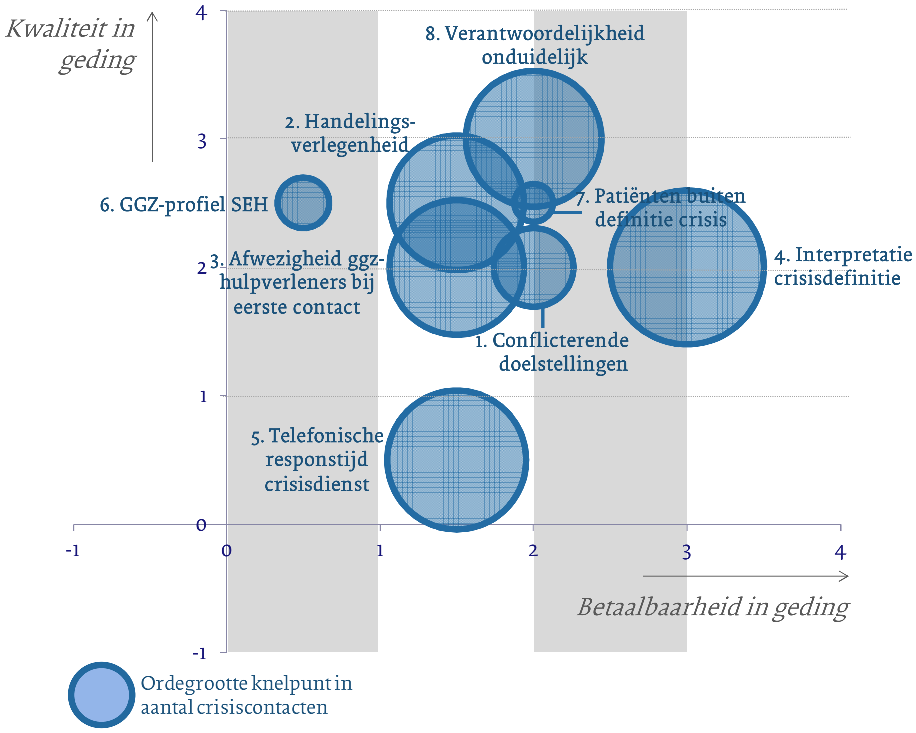
7.2 Mogelijke prioritering knelpunten verwijzing

Figuur 10 geeft het resultaat van de prioritering van knelpunten die partijen ervaren bij de verwijzing van een acute ggz-patiënt weer. De grafiek geeft de ordegrootte van de knelpunten aan met de cirkelgrootte, de impact van de knelpunten op de betaalbaarheid als score op de x-as en de impact van de knelpunten op de kwaliteit als score op de y-as.

We beschrijven één voorbeeld om de prioritering toe te lichten. Het knelpunt 'handelingsverlegenheid niet-ggz hulpverleners' betreft jaarlijks relatief veel crisiscontacten: bij circa 25.000 verwijzingen door politie, circa 65.000 verwijzingen door huisarts en HAP en circa 35.000 door de overige verwijzers. In totaal komt dit uit op circa 125.000 verwijzingen per jaar.

De impact van het knelpunt is vooral groot op de kwaliteit van zorg (score = 2,5); de zorg is niet afgestemd op de reële behoefte van de patiënt en is niet vraaggericht. De impact op de

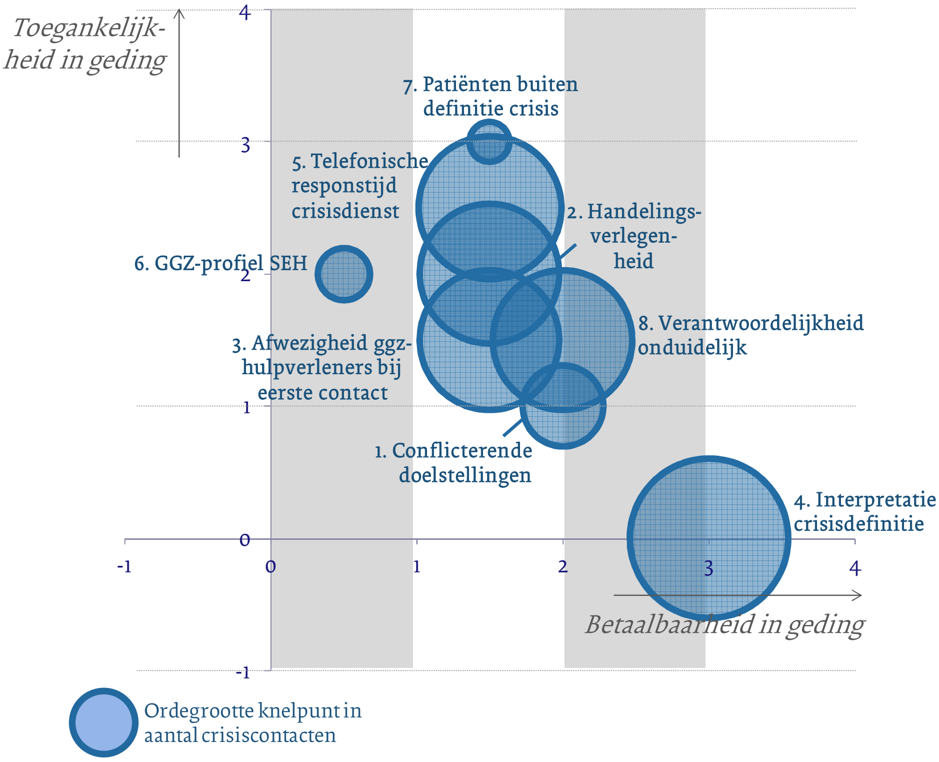
betaalbaarheid van zorg lijkt gering (score = 1,5); doordat bij de start niet de juiste zorg geleverd wordt, kan het zijn dat de zorgvraag van de patiënt toeneemt, waardoor het gehele proces duurder is.



Figuur 11. Prioritering van knelpunten verwijzing (kwaliteit en betaalbaarheid)

Figuur 11 geeft voor dezelfde knelpunten daarnaast de impact op toegankelijkheid weer als score op de y-as.

Voor het knelpunt 'handelingsverlegenheid niet-ggz hulpverleners' dat we als voorbeeld hier uitlichten lijkt de impact op de toegankelijkheid van zorg gemiddeld te zijn (score = 2); de acute ggz-patiënt heeft toegang tot zorg, maar het lijkt niet altijd de juiste zorg te zijn.



Figuur 12. Prioritering van knelpunten verwijzing (toegankelijkheid en betaalbaarheid)

De volgende drie knelpunten omtrent verwijzing lijken op basis van bovenstaande figuren de hoogste prioriteit te hebben:

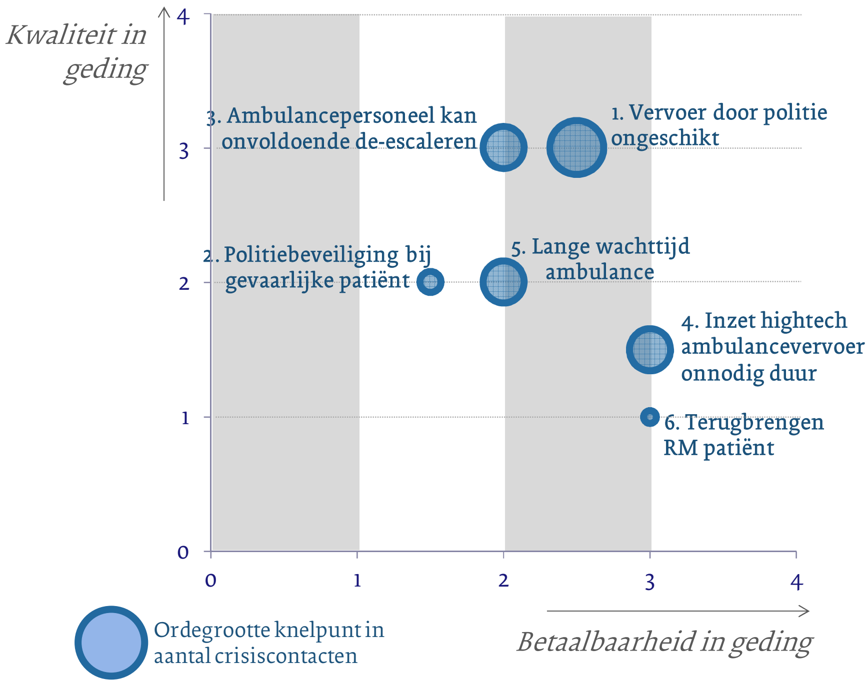
- Knelpunt verwijzing 2: Handelingsverlegenheid niet-ggz hulpverleners
- Knelpunt verwijzing 4: Crisisdefinitie verschillend geïnterpreteerd
- Knelpunt verwijzing 9: Verantwoordelijkheid is onduidelijk rondom overdrachtsmomenten.

7.3 Mogelijke prioritering knelpunten vervoer

Figuur 12 geeft het resultaat van de prioritering van knelpunten die partijen ervaren bij het vervoer van een acute ggz-patiënt weer. De grafiek geeft de ordegrootte van de knelpunten aan met de cirkelgrootte, de impact van de knelpunten op de betaalbaarheid als score op de x-as en de impact van de knelpunten op de kwaliteit als score op de y-as.

We beschrijven wederom één voorbeeld om de prioritering toe te lichten. Het knelpunt 'vervoer door politie lijkt ongeschikt' kan jaarlijks bij maximaal 25.000 verwijzingen door politie optreden (zie paragraaf 4.3).

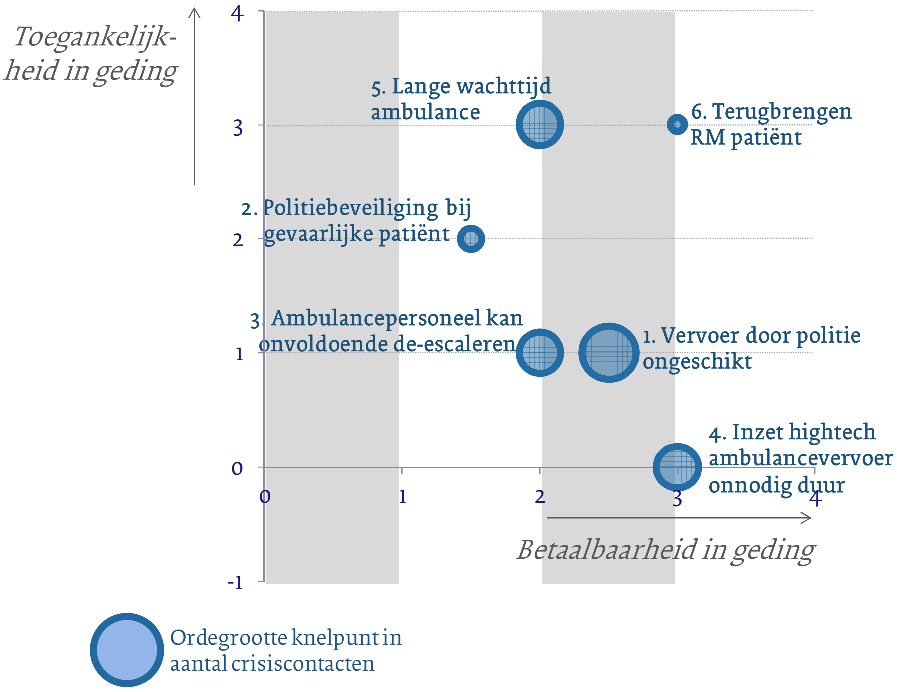
Het knelpunt heeft een grote impact op de kwaliteit van zorg (score = 3); de zorg bij vervoer door politie is niet afgestemd op de reële behoefte van de patiënt en is niet vraaggericht. Geïnterviewden geven daarnaast aan dat vervoer door politie kan leiden tot een traumatische ervaring van de patiënt, wat kan leiden tot hogere vervolgkosten. Hiermee schatten we de impact van het knelpunt op de betaalbaarheid van zorg relatief hoog in (score = 2,5).



Figuur 13. Prioritering van knelpunten vervoer (kwaliteit en betaalbaarheid)

Figuur 13 geeft voor dezelfde knelpunten daarnaast de impact op toegankelijkheid weer als score op de y-as.

Het knelpunt 'vervoer door politie lijkt ongeschikt' dat we als voorbeeld hier uitlichten lijkt weinig impact te hebben op de toegankelijkheid van zorg (score = 1); de politie vervoert acute ggz-patiënten naar de juiste vorm van zorg, maar omdat politie niet opgeleid is voor zorgverlening, wordt in de politieauto geen zorg verleend.



Figuur 14. Prioritering van knelpunten vervoer (toegankelijkheid en betaalbaarheid)

De volgende twee knelpunten omtrent vervoer lijken op basis van bovenstaande figuren de hoogste prioriteit te hebben:

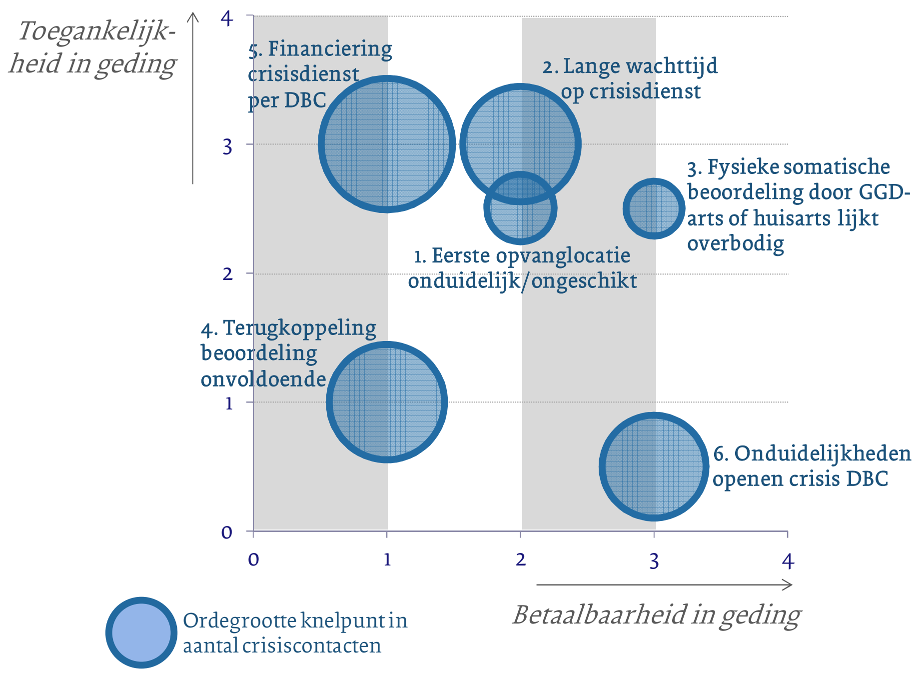
- Knelpunt vervoer 1: Vervoer door politie lijkt ongeschikt
- Knelpunt vervoer 3: Ambulancepersoneel onvoldoende in staat tot de-escaleren.

7.4 Mogelijke prioritering knelpunten beoordeling

In figuur 14 en figuur 15 staan de knelpunten die partijen ervaren bij de beoordeling van een acute ggz-patiënt weergegeven. De eerste grafiek geeft de ordegrootte van de knelpunten en de impact van de knelpunten op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg weer.

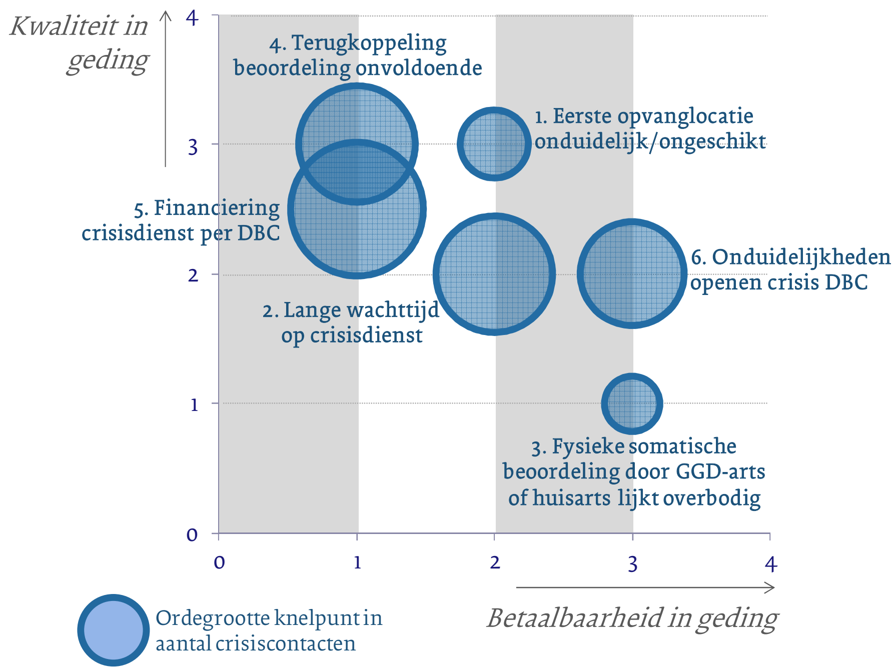
We lichten hier het knelpunt 'financiering crisisdienst per DBC lijkt ongeschikt' toe ter illustratie. Dit knelpunt is aan de orde bij alle crisiscontacten (jaarlijks tussen de 150.000 en 175.000 contacten), aangezien het hier gaat om de financiering van crisisdiensten.
Het knelpunt heeft weinig impact op de betaalbaarheid van zorg (score = 0); variabele beschikbaarheidsfinanciering voor crisisdiensten kan de zorg duurder maken voor maatschappij, maar wellicht ook goedkoper. Het knelpunt heeft grote impact op de toegankelijkheid van zorg (score = 3); partijen geven aan dat de vergoeding van

beschikbaarheid per DBC leidt tot een onderbezetting bij sommige crisisdiensten, waardoor personen die acuut ggz-zorg nodig hebben vaak niet tijdig toegang hebben tot zorg die aansluit bij hun zorgvraag.



Figuur 15. Prioritering van knelpunten beoordeling (toegankelijkheid en betaalbaarheid)

De onderstaande grafiek (Figuur 16) geeft daarnaast ook de impact van de knelpunten op de kwaliteit van zorg weer. Het knelpunt 'financiering crisisdienst per DBC lijkt ongeschikt' heeft vrij grote impact op de kwaliteit van zorg (score = 2,5); onderbezetting bij crisisdiensten leidt ertoe dat wachttijden toenemen, waardoor minder doeltreffende, vraaggerichte zorg geleverd kan worden die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.



Figuur 16. Prioritering van knelpunten beoordeling (kwaliteit en betaalbaarheid)

De volgende drie knelpunten omtrent beoordeling lijken op basis van bovenstaande figuren de hoogste prioriteit te hebben:

- Knelpunt beoordeling 1: Eerste opvanglocatie onduidelijk of ongeschikt
- Knelpunt beoordeling 2: Wachttijd op crisisdienst als lang ervaren
- Knelpunt beoordeling 5: Financiering crisisdienst per DBC lijkt ongeschikt.

8 Objectiveren en goede voorbeelden

De prioritering van knelpunten geeft ketenpartners een basis om knelpunten te selecteren om samen mee aan de slag te gaan. Om de daadwerkelijke impact van de knelpunten te bepalen, is het van belang om de geprioriteerde knelpunten ook te objectiveren. Daarnaast is het van belang om te inventariseren welke goede voorbeelden of verbetervoorstellen er al zijn in Nederland voor het oplossen van de knelpunten. Paragraaf 8.1 beschrijft voor de geprioriteerde knelpunten welke objectivering op dit moment beschikbaar is en welke objectivering nog ontbreekt. Paragraaf 8.2 tot en met 8.4 beschrijven de goede voorbeelden en verbetervoorstellen die partijen genoemd hebben in de interviews. Deze lijst is niet uitputtend en kan aangevuld worden. Een internationale literatuurstudie zou hier bijvoorbeeld aan bij kunnen dragen.

8.1 Objectiveren knelpunten

Om de ordegrootte en de impact, zoals ervaren door één of meerdere ketenpartners, van de knelpunten op toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van acute ggz te toetsen, is objectivering nodig. Uit het literatuuronderzoek en tijdens de interviews bleek dat voor het merendeel van de knelpunten geen geobjectiveerde informatie beschikbaar is. Bij objectivering van knelpunten kan gedacht worden aan het beschrijven van rollen en verantwoordelijkheden van partijen en het registeren en analyseren van gegevens over bijvoorbeeld wachttijden, type verwijzers, opname percentage na beoordeling door de crisisdienst en de duur en kosten van het totale zorgtraject (inclusief de behandeling) bij crisis.

Rollen en verantwoordelijkheden

De informatie die beschikbaar is over rollen en verantwoordelijkheden van partijen staat beschreven in hoofdstuk 6. Het convenant dat politie en ggz in 2012 gesloten hebben, vormt een belangrijke bron voor de beschrijving van rollen en verantwoordelijkheden. Voor afspraken over rollen en verantwoordelijkheden van ggz en andere partijen als ambulance en huisarts/HAP zijn enkele documenten met lokale afspraken en een NHG-Richtlijn over de informatie-uitwisseling tussen huisarts en tweedelijns ggz beschikbaar.

Tabel 9 toont voor de knelpunten die als het meest belangrijk naar voren komen (prioritering in Hoofdstuk 7), welke afspraken over rollen en verantwoordelijkheden beschikbaar zijn. Vooral voor het knelpunt 'Verantwoordelijkheid is onduidelijk rondom overdrachtsmomenten' lijken alleen schriftelijke afspraken te zijn vastgelegd tussen politie en GGZ-NL. Voor andere verwijzers, voornamelijk huisarts en HAP, lijken verantwoordelijkheden rondom overdrachtsmomenten niet goed vastgelegd te zijn.

Tabel 9. Afspraken rollen en verantwoordelijkheden voor knelpunten met hoge prioriteit

Knelpunt	Afspraken over rollen en verantwoordelijkheden
Knelpunt verwijzing 2: Handelingsverlegenheid niet-ggz hulpverleners	Het convenant van politie en GGZ-NL beschrijft de afspraken tussen politie en GGZ-NL over opleiding en kennisuitwisseling op het gebied van de aanpak van personen in crisis. Voor overige partijen lijken dergelijke afspraken niet te zijn gemaakt.
Knelpunt verwijzing 4: Crisisdefinitie verschillend geïnterpreteerd	N.v.t.
Knelpunt verwijzing 9: Verantwoordelijkheid is onduidelijk rondom overdrachtsmomenten	Het convenant van politie en GGZ-NL beschrijft de rol en verantwoordelijkheden van politie en ggz rondom overdrachtsmomenten. Voor overige partijen lijken verantwoordelijkheden rondom overdrachtsmomenten niet beschreven.
Knelpunt vervoer 1: Vervoer door politie lijkt ongeschikt	Het convenant van politie geeft aan dat de politie in het geval van een crisissituatie verantwoordelijk is voor het vervoer naar de beoordelingslocatie. In de Tijdelijke Wet Ambulancezorg staat dat vervoer door de politie, anders dan naar de beoordelingslocatie, in de meeste gevallen niet gewenst is.
Knelpunt vervoer 3: Ambulancepersoneel onvoldoende in staat tot de-escaleren	In het Landelijk Protocol Ambulancezorg voor ambulanceverpleegkundigen is vanaf 2015 meer expliciet opgenomen dat een ambulance een ggz-patiënt nog niet kan vervoeren, als onvoldoende overdracht vanuit de crisisdienst plaatsgevonden heeft.
Knelpunt beoordeling 1: Eerste opvanglocatie onduidelijk of ongeschikt	In het convenant tussen politie en GGZ-NL zijn verschillende passages opgenomen over de eerste opvanglocatie van een persoon in crisis. Daarnaast beschrijft de ambtsinstructie voor politie verschillende verantwoordelijkheden van politie, wanneer deze optreedt als verwijzer en vervoert naar de eerste opvang.
Knelpunt beoordeling 2: Wachttijd op crisisdienst als lang ervaren	Het convenant tussen politie en GGZ-NL bevat een norm voor de wachttijd op de crisisdienst. GGZ-NL en het Netwerk Hoofden Crisisdienst ggz hebben deze normtijd overgenomen in het profiel crisisdiensten/acute zorg ggz.
Knelpunt beoordeling 5: Financiering crisisdienst per DBC lijkt ongeschikt	De NZa stelt de financiering op basis van onderzoek in het veld vast.

Registreren en analyseren gegevens

Het handboek spoedeisende psychiatrie uit 2011 gaat in één van de hoofdstukken in op de epidemiologie van de spoedeisende psychiatrie.[84] In dit hoofdstuk komen verscheidene (oudere) onderzoeken aan de orde die kwantitatieve informatie bieden over bijvoorbeeld het aantal crisiscontacten en verwijzers (cijfers die gebruikt zijn in paragraaf 4.3).

[84] Muldert, C.L., Hemert A.M. van, Epidemiologie van spoedeisende psychiatrie, 2011

Een aantal crisisdiensten in Nederland houdt op dit moment gegevens bij in het systeem 'webraap' (zie voor een beschrijving paragraaf 8.4) over onder andere het aanmeldingstijdvak, de wachttijd, de plaats waar de crisisbeoordeling plaatsvindt, de belangrijkste diagnose die gesteld wordt, de verwijzer, de reden van verwijzing, het geslacht, de leeftijd en het geboorteland van de acute ggz-patiënt en de interventie die toegepast is. Eén van de crisisdiensten gaf aan dat de hoofden van crisisdiensten met GGZ-NL afspraken maken over het bijhouden van een minimale dataset door alle crisisdiensten, waarin deze variabelen opgenomen zijn.

Tabel 10 geeft voor de knelpunten, die als meest belangrijk naar voren komen uit de prioritering in hoofdstuk 7 welke objectivering nog nodig is. Vooral voor de knelpunten waar partijen tegengestelde belangen hebben of het oneens zijn, zoals 'Crisisdefinitie verschillend geïnterpreteerd', 'Wachttijd op crisisdienst als lang ervaren' en 'Financiering crisisdienst per DBC lijkt ongeschikt' is registratie van aantallen en kosten in de keten van belang. Alleen op die manier kunnen partijen elkaar vinden om samen te werken aan een oplossing.

Tabel 10. Benodigde objectivering voor knelpunten met hoge prioriteit

Knelpunt	Benodigde objectivering
Knelpunt verwijzing 1: Handelingsverlegenheid niet-ggz hulpverleners	Vervolgkosten behandeling per type verwijzer registreren.
Knelpunt verwijzing 4: Crisisdefinitie verschillend geïnterpreteerd	Per crisisdienst het aantal en percentage doorverwijzingen (naar verwijzer) en behandelingen (naar type behandeling) registeren.
Knelpunt verwijzing 9: Verantwoordelijkheid is onduidelijk rondom overdrachtsmomenten	N.v.t.
Knelpunt vervoer 1: Vervoer door politie lijkt ongeschikt	Vervolgkosten behandeling per type verwijzer en per type vervoer registreren.
Knelpunt vervoer 3: Ambulancepersoneel onvoldoende in staat tot de-escaleren	- Registreren bij welk percentage van ggz-patiënten sedatie toegepast wordt bij ambulance ten opzichte van ggz-vervoersdienst/psycholance - Vervolgkosten behandeling registreren voor wel/niet toepassen van sedatie
Knelpunt beoordeling 1: Eerste opvanglocatie onduidelijk of ongeschikt	Vervolgkosten behandeling per type eerste opvang registreren.
Knelpunt beoordeling 2: Wachttijd op crisisdienst als lang ervaren	- Per crisisdienst wachttijd per type verwijzer registreren (vanaf telefonisch contact tot het arriveren van crisisdienst). - Verwijzers: kosten van huidige wachttijd op crisisdienst in kaart brengen. - Crisisdiensten: kosten van het verlagen van de wachttijd in kaart brengen.
Knelpunt beoordeling 5: Financiering crisisdienst per DBC lijkt ongeschikt	Per crisisdienst (stad en platteland) kosten beschikbaarheid crisisdienst in kaart brengen

8.2 Goede voorbeelden verwijzing acute ggz patiënt

Voor knelpunten op het gebied van verwijzing van een acute ggz-patiënt zijn de volgende goede voorbeelden of verbetervoorstellen genoemd tijdens de interviews of gevonden in de literatuur:

Knelpunt verwijzing 2: Handelingsverlegenheid niet-ggz hulpverleners

- Het bevorderen van het gebruik van een crisiskaart kan de handelingsverlegenheid wellicht enigszins wegnemen. Op een crisiskaart staat aangegeven wat voor de ggz-patiënt belangrijk is in het geval van een psychische crisis. Een crisiskaart is een klein, opgevouwen document wat een ggz-patiënt bij zich kan dragen.[85]

- Er bestaan reeds verschillende cursussen en scholingsmogelijkheden voor hulpverleners die beogen een beter begrip van een ggz-patiënt te creëren. Partijen geven aan dat dit geïntensiveerd kan worden.

- Crisisdiensten geven aan dat ze huisartsen meer zouden kunnen coachen over de zorgverlening aan personen in crisis.

Knelpunt verwijzing 3: Ggz-hulpverleners weinig aanwezig bij eerste contact

- Politie geeft aan dat het zou bijdragen aan de oplossing van dit knelpunt wanneer de meldkamer de mogelijkheid heeft om direct contact op te nemen met ggz-hulpverlening.

- Een aantal partijen is van mening dat de bekostiging meer ruimte zou moeten bieden voor werk van ggz-hulpverleners aan de 'voorkant' van het proces. Nu is het zo dat activiteiten door (gespecialiseerde) ggz-verleners niet gedeclareerd kunnen worden als uiteindelijk geen sprake blijkt van een acute situatie die om gespecialiseerde ggz vraagt.

- Een aantal partijen geeft aan dat voor de ingewikkelde groep patiënten met multiproblematiek, verslaving of regelmatige problemen SPV-en in wijkteams beschikbaar zouden moeten zijn die vanaf het begin van de keten ingeschakeld kunnen worden.

[85] Kerngroep Crisiskaart Nederland, Wat is een crisiskaart· ,

Knelpunt verwijzing 4: Crisisdefinitie verschillend geïnterpreteerd

- In het convenant maken politie en GGZ-NL afspraken over het hanteren van de definitie van crisis door de politie. Partijen geven aan dat GGZ-NL met andere verwijzers, waaronder huisartsen/HAP, SEH en ambulancezorg, ook samenwerkingsafspraken zou kunnen maken over de interpretatie van de definitie en het triage-proces van de verwijzer. Daarnaast kunnen de NZa, DBC Onderhoud, maar ook GGZ-NL en het Netwerk Hoofden Crisisdienst ggz meer communiceren richting verwijzers over de definitie en de interpretatie ervan.

Knelpunt verwijzing 5: Telefonische responstijd crisisdienst als lang ervaren

- ZN en verzekeraars geven aan zoveel mogelijk afspraken te willen maken met één crisisdienst per regio. Deze crisisdienst is op één telefoonnummer beschikbaar en geleidt indien nodig door aan andere acute ggz aanbieders. Voornaamste reden voor opvang door andere aanbieders, bijvoorbeeld de Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) of de Psychiatrisch Universitaire Kliniek (PUK) is als sprake is van een patiënt waarbij ook somatiek speelt.

- ZN en verzekeraars geven aan dat wanneer het niet mogelijk is om met één crisisdienst per regio afspraken te maken, zoals in de regio Rotterdam, goede afspraken in de regio en een sociale kaart belangrijk zijn.

- Crisisdiensten en InEen stellen voor om onderling afspraken te maken over de telefonische bereikbaarheid en responstijd van crisisdiensten.

Knelpunt verwijzing 6: Ggz-profiel SEH onvoldoende

- De AZN suggereert om het SEH-profiel acute gedragsstoornissen aan te scherpen door aantallen en tijd toe te voegen.

- De NVSHA noemt de volgende suggesties om de definitie aan te scherpen: een met psychiaters uitgewerkt protocol hanteren, korte lijnen met de psychiater en beschikbaarheid van een bewaakte afdeling voor opvang van een acute ggz-patiënt na somatische beoordeling. De NVSHA geeft daarnaast aan dat minder SEH's een ggz-profiel zouden moeten krijgen, zodat de definitie gemakkelijker aangescherpt kan worden. De NVSHA ziet hier wel als knelpunt dat ambulances naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis zullen rijden, ongeacht of de SEH van het ziekenhuis een ggz-profiel heeft.

- Eén van de crisisdiensten geeft aan een locatie beschikbaar gesteld te hebben waar de SEH de persoon in crisis na somatische beoordeling naar toe kan brengen, zodat buiten de SEH gewacht kan worden op beoordeling door de crisisdienst. Op

deze manier wordt de SEH ontlast. De crisisdiensten geven aan dat aansluiting van een crisisdienst bij een SEH hun voorkeur heeft, zodat een patiënt met acute ggz-problematiek die binnenkomt bij de SEH sneller de juiste zorg krijgt.

Knelpunt verwijzing 7: Voor patiënten buiten definitie crisis onvoldoende toegang tot zorg

- InEen stelt voor om met GGZ-NL en de LHV gezamenlijk te bespreken op welke manier aan de ggz-zorgvraag met spoed van verwarde personen die buiten de crisisdefinitie vallen, voldaan kan worden.

- Een aantal crisisdiensten geeft aan dat zij ook voor verwarde personen buiten de crisisdefinitie met psychosociale problematiek zorg (kunnen) leveren. Deze zorg zou zowel vanuit de Zvw als vanuit de gemeente gefinancierd dienen te worden.

- In Amsterdam biedt de GGD, de afdeling Vangnet en Advies bemoeizorg aan verwarde personen, die zich niet in een acute crisissituatie bevinden, maar wel met spoed ggz nodig hebben. De SPV komt via meldpunten en/of burgers in contact met patiënten. De SPV inventariseert de problematiek en matcht deze met de reguliere zorg.

- In verschillende steden zijn patiënt gestuurde voorzieningen voor opvang van personen voor wie thuisblijven niet goed mogelijk is, maar opname (nog) niet nodig is. Een voorbeeld van een dergelijke voorziening is het Pitstop hotel in Haarlem.

Knelpunt verwijzing 8: Verantwoordelijkheid is onduidelijk rondom overdrachtsmomenten

- Politie heeft in verschillende regio's een convenant gesloten met de verslavingszorg, gehandicaptenzorg en ggz-aanbieders. Partijen maken in de convenanten afspraken over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Daarnaast maken partijen in deze convenanten afspraken over onder andere informatie uitwisseling en de overlegstructuur.

- In Utrecht heeft de crisisdienst met de HAP en de SEH samenwerkingsprotocollen opgesteld, waarin tijdslimieten in communicatielijnen opgenomen zijn, waar partijen elkaar op aan kunnen spreken.

8.3 Goede voorbeelden vervoer acute ggz patiënt

Voor knelpunten op het gebied van vervoer zijn de volgende goede voorbeelden of verbetervoorstellen genoemd tijdens de interviews of gevonden in de literatuur:

Knelpunt vervoer 1: Vervoer door politie lijkt ongeschikt

- De politie stelt dat professioneel ggz-vervoer voor personen in crisis beter aansluit bij de zorgvraag. Politie denkt hierbij bijvoorbeeld aan een ggz-vervoersdienst die de ggz-patiënt onder begeleiding van een SPV vervoert. GGZ-NL geeft aan dat in sommige regio's een duidelijke behoefte bestaat aan alternatief vervoer voor ggz-patiënten en dat in Arnhem reeds een ggz-vervoerder actief is die beschikbaar is voor heel Nederland.

Knelpunt vervoer 3: Ambulancepersoneel onvoldoende in staat tot de-escaleren

- In Amsterdam vervoert een psycholance acute ggz-patiënten. Een pilot met de psycholance is gestart in april 2014. Bij de psycholance-pilot zijn vier partijen rechtstreeks betrokken; Politieregio Amsterdam, GGD Amsterdam Vangnet en Advies, Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA) en Ambulance Amsterdam (AA). De SPA levert de SPV-en. Een SPV kan de persoon in crisis op de juiste manier benaderen waardoor hij/zij minder snel geneigd zal zijn de persoon te sederen. De AA levert het voertuig en de chauffeur. De politie levert desgevraagd bijstand bij vervoer als de veiligheid in het geding komt en blijft daarnaast de partij die vooralsnog in eerste instantie reageert op noodmeldingen. GGD Amsterdam Vangnet en Advies levert een klein deel van het verpleegkundig personeel en verzorgt ten behoeve van de politie de triage. De AZN geeft aan dat deze differentiatie van ambulances en personeel alleen voldoende kosteneffectief kan zijn in de grote steden.

- Een specifieke ggz-vervoersdienst kan eveneens bemand zijn met personeel dat beter in staat is om te de-escaleren. Een dergelijke ggz-vervoersdienst kan naast de acute ritten ook andere ritten uitvoeren voor ggz-instellingen bijvoorbeeld. De AZN verwacht wel dat het ingewikkeld is voor de RAV om, als organisatie die verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de ggz-vervoersdienst, te organiseren dat zij voldoende toezicht kan houden op de ggz-vervoersdienst.

- GGZ-NL en ambulancezorg stellen gezamenlijk een kwaliteitsstandaard op over het vervoer van ggz-patiënten. Deze kwaliteitsstandaard dient als basis voor een Service Level Agreement (SLA) tussen de RAV en de ggz-vervoerder (onderaannemer) die acute ggz-patiënten vervoert.

- GGZ-NL geeft aan dat vanuit de ggz scholing/cursussen aangeboden kunnen worden aan ambulancevervoerders. Verschillende partijen suggereren daarnaast dat de omgang met ggz-patiënten weer meer onderdeel zou moeten vormen van de opleiding tot ambulanceverpleegkundige.

Knelpunt vervoer 4: Inzet van hightech ambulancevervoer lijkt onnodig duur

- Minder 'hightech' uitgeruste ambulances, zoals de psycholance of specifieke ggz-vervoersdiensten kunnen goedkoper zijn dan reguliere ambulances, omdat deze primair ingericht zijn om acuut somatische zorg te kunnen leveren. Het is wel van belang dat deze specifieke voertuigen ook reguliere ggz-ritten verzorgen om te zorgen dat de inzet van personeel en middelen kosteneffectief is.

Knelpunt vervoer 5: Wachttijd op ambulance als lang ervaren

- Het gebruik van de psycholance of gespecialiseerd ggz-vervoer op basis van de kwaliteitsstandaard die GGZ-NL en AZN ontwikkelen, kan bijdragen aan het verkorten van de wachttijd.

Knelpunt vervoer 6: Verantwoordelijke voor terugbrengen RM patiënt onduidelijk

- Partijen geven aan dat de politie, AZN en ggz-instellingen duidelijke afspraken dienen te maken over wie verantwoordelijk is voor het terugbrengen van een RM-patiënt (in crisis) die weggelopen is uit een instelling.

8.4 Goede voorbeelden beoordeling acute ggz patiënt

Voor knelpunten op het gebied van beoordeling van een acute ggz-patiënt zijn de volgende goede voorbeelden of verbetervoorstellen genoemd tijdens de interviews of gevonden in de literatuur:

Knelpunt beoordeling 1: Eerste opvanglocatie onduidelijk of ongeschikt

- Partijen geven aan dat in verschillende steden vanuit de ggz een eerste opvanglocatie voor personen in crisis geregeld is, bijvoorbeeld in de vorm van een Spoedeisende Psychiatrische Onderzoeksruimte (SPOR).

Knelpunt beoordeling 2: Wachttijd op crisisdienst als lang ervaren

- InEen en ZN geven aan dat de huidige normtijd van 80% fysieke beschikbaarheid binnen 2 uur, 20% fysieke beschikbaarheid binnen 24 uur, korter dient te worden. ZN tekent hierbij wel aan dat verwijzers adequaat dienen te triëren en strengere criteria moeten hanteren bij het inschakelen van de crisisdienst.

- Crisisdiensten geven aan dat een kortere normtijd alleen mogelijk is indien de manier van financieren (lumpsum voor beschikbaarheid) en de hoogte van financiering aangepast worden.

- Crisisdiensten geven aan dat zij in een aantal regio's werken met triagecriteria en urgentiegraden. Aan de hand van het telefonisch contact met de verwijzer bepalen ze welke urgentiegraad de patiënt heeft (bijvoorbeeld acuut, spoed en preventief) en geven ze aan wat de maximale wachttijd is die hiermee correspondeert. Verwijzers en crisisdiensten zouden de huidige afgesproken normen aan kunnen scherpen op basis van de triagecriteria en urgentiegraden.

- Drie crisisdiensten in Nederland meten op dit moment met het systeem 'webraap' in hoeverre zij de norm van 80% binnen twee uur halen. Daarnaast testen enkele crisisdiensten webraap momenteel op bruikbaarheid. Webraap is speciaal gebouwd voor het acute systeem en crisisdiensten geven aan dat invoer gemakkelijk is en snel aangepast kan worden, dat data eenvoudig geëxtraheerd kunnen worden en dat ook opname klinieken inzicht hebben in webraap. Hoofden van crisisdiensten maken afspraken met GGZ-NL over het bijhouden van een minimale dataset door alle crisisdiensten.[86]

Knelpunt beoordeling 3: Fysieke somatische beoordeling door GGD-arts of huisarts lijkt overbodig

- Sommige crisisdiensten geven aan dat zij met huisartsen hebben afgesproken dat, wanneer het een bekende patiënt betreft, zij de somatische beoordeling telefonisch kunnen uitvoeren. Deze crisisdiensten vragen de huisarts niet om eerst een fysieke somatische beoordeling uit te voeren.

- In ongeveer de helft van Nederland is al geen sprake meer van een verplichte somatische beoordeling voor het inschakelen van de crisisdienst bij verwijzing door de politie.

Knelpunt beoordeling 4: Terugkoppeling beoordeling soms onvoldoende

- Crisisdiensten en InEen geven aan dat een terugkoppeling van de crisisdienst aan de HAP nuttig zou zijn, zeker tijdens het weekend als meerdere crises dreigen op te treden.

- In het Landelijk Protocol Ambulancezorg voor ambulanceverpleegkundigen is vanaf 2015 meer expliciet opgenomen dat zij de ggz-patiënt nog niet kunnen vervoeren, als onvoldoende overdracht vanuit de crisisdienst plaatsgevonden heeft.

[86] Deze minimale dataset zou moeten bestaan uit de volgende variabelen: aanmeldingstijdvak, wachttijd (in categorieën), plaats waar crisisbeoordeling plaatsvindt, belangrijkste diagnose, verwijzer, reden van verwijzing, geslacht patiënt, leeftijd patiënt, geboorteland patiënt, interventie die toegepast is

Knelpunt beoordeling 5: Financiering crisisdienst per DBC lijkt ongeschikt

- ZN en crisisdiensten geven aan dat de beschikbaarheid van de acute ggz middels een lumpsum bekostigd zou moeten worden. Op deze manier worden crisisdiensten in rurale gebieden gecompenseerd voor dunne bevolking in combinatie met grote verzorgingsgebieden. Daarnaast biedt lumpsum bekostiging financiële ruimte voor zorg waar geen betaaltitel voor is (bijvoorbeeld SPV naar persoon voor wie met spoed ggz-zorg nodig is, maar bij wie geen sprake is van crisis). Voorbeelden van vergelijkbare financiering zijn bekostiging van de ambulancezorg en de huisartsendienstenstructuur.

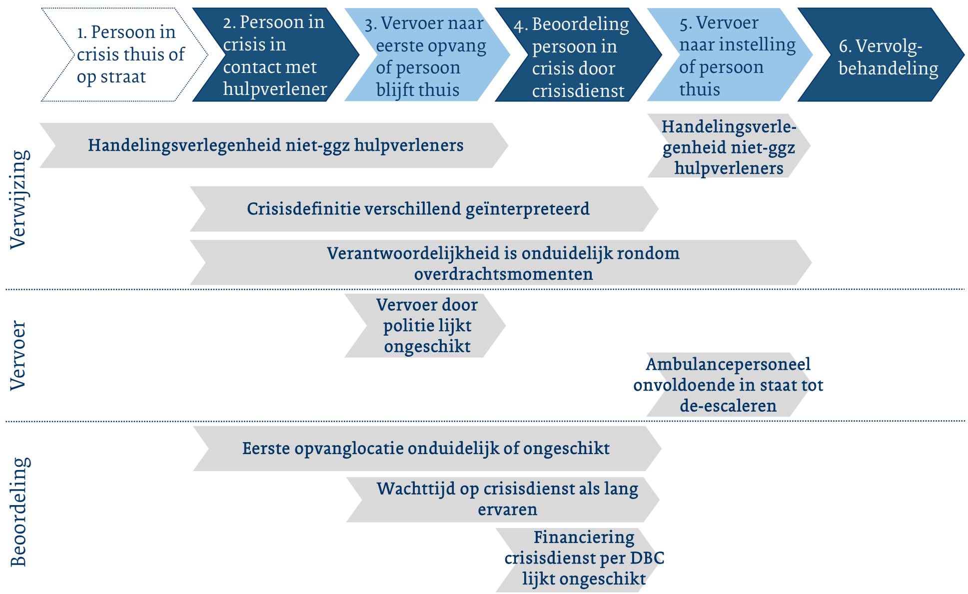
9 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk beschrijven we de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek op basis van de resultaten, zoals die hierboven aan bod zijn gekomen.

9.1 Conclusies

Op verschillende momenten in de acute ggz-keten ervaren partijen knelpunten. SiRM heeft de knelpunten, zoals zij tijdens de eerdere inventarisatie en tijdens de interviews naar voren kwamen, tot twintig afzonderlijke knelpunten teruggebracht. Het betreft acht knelpunten rondom de verwijzing van de persoon in crisis, zes knelpunten omtrent het vervoer en zes punten die spelen rondom de beoordeling van een acute ggz-patiënt door de crisisdienst.

Prioritering van de knelpunten op basis van ordegrootte[87] en de impact van het knelpunt op de kwaliteit van geleverde zorg, toegankelijkheid van acute ggz en de betaalbaarheid, leidt tot een selectie van acht knelpunten. Partijen geven aan dat zij zich kunnen vinden in deze selectie. In Figuur 17 staan de geprioriteerde knelpunten weergegeven per stap in de keten die een acute ggz-patiënt over het algemeen doorloopt.[88] We onderscheiden knelpunten omtrent verwijzing, vervoer en beoordeling door de crisisdienst.



Figuur 17. Knelpunten met hoogste prioriteit

---

[87] In termen van aantal crisiscontacten.

[88] De manier waarop een onbekende patiënt de stappen van de keten doorloopt, verschilt van de manier waarop een bekende patiënt de stappen doorloopt.

Het gaat om de volgende knelpunten:

- *Handelingsverlegenheid*: er is regelmatig sprake van handelingsverlegenheid bij niet-ggz hulpverleners. Handelingsverlegenheid kan het gevolg zijn van een gebrek aan kennis en vaardigheden en/ of stigmatisering van psychiatrische patiënten.

- *Crisisdefinitie*: hoewel er vanuit financieringsperspectief een eenduidige definitie is ten aanzien van wat een crisis is, lijkt het of verwijzers en crisisdiensten deze verschillend interpreteren.

- *Verantwoordelijkheid overdrachtsmomenten*: rondom overdrachtsmomenten is soms onduidelijk wie verantwoordelijk is voor het bieden van zorg aan de acute ggz-patiënt.

- *Vervoer door politie:* vervoer door politie lijkt ongeschikt voor acute ggz-patiënten: het kan onnodig stigmatiserend werken en is meestal niet in het belang van de patiënt.

- *Ambulancepersoneel de-escaleert onvoldoende:* ambulanceverpleegkundigen zijn vaak onvoldoende in staat om te de-escaleren. Dit resulteert regelmatig in sedatie van de patiënt. Sedatie is echter niet altijd in het belang van de patiënt en soms tegen het behandeladvies van de beoordelende psychiater in.

- *Eerste opvang:* de eerste opvanglocatie voor een persoon in crisis is vaak onduidelijk of ongeschikt. De politie plaatst de persoon in crisis soms noodgedwongen in een politiecel.

- *Wachttijd op crisisdienst:* verwijzers ervaren de wachttijd tot de komst van de crisisdienst als lang. Verwijzers geven aan dat zij de norm van 80% fysieke aanwezigheid van de crisisdienst binnen 2 uur[89] te ruim vinden. Het voldoen aan de norm wordt slechts in enkele regio's gemeten.

- *Financiering crisisdienst:* partijen geven aan dat financiering van crisisdiensten via DBC-zorgproducten ongewenst is. De huidige variabele beschikbaarheidsvergoeding als onderdeel van de DBC leidt mogelijk tot een onder- of overdekking voor partijen; partijen die meer DBC's declareren, ontvangen een hogere beschikbaarheidsvergoeding, terwijl juist de partijen in dunnerbevolkte gebieden een hogere beschikbaarheidsvergoeding zouden moeten ontvangen.

[89] Politie en GGZ-Nederland, Convenant Politie – GGZ 2012, 2012.

Hoewel ketenpartijen zich kunnen vinden in de geselecteerde onderwerpen, zijn zij het niet altijd eens over de formulering van het knelpunt. Dit is een logisch gevolg van de vaak uiteenlopende en soms tegengestelde belangen.

Voor een deel van de geprioriteerde knelpunten lijkt de huidige wetgeving of vastgelegde afspraken onvoldoende handvatten te bieden. Denk aan de crisisdefinitie, verantwoordelijkheid tijdens overdrachtsmomenten, eerste opvang, vervoer en wachttijd op de crisisdienst.[90] Daarnaast blijkt uit het literatuuronderzoek en tijdens de interviews dat voor een aantal knelpunten geen geobjectiveerde kwantitatieve informatie beschikbaar is. Kwantitatieve onderbouwing is vooral van belang daar waar partijen tegengestelde belangen hebben of het oneens zijn (crisisdefinitie, wachttijd op crisisdienst, financiering crisisdienst). Een aantal crisisdiensten in Nederland houdt op dit moment al gegevens over aantallen en wachttijden bij in het systeem 'webraap'.

9.2 Aanbevelingen

Partijen zijn gemotiveerd om verbeteringen in te voeren in de acute ggz-keten. De stappen van signalering tot werken aan een oplossing voor een selectie van knelpunten bieden partijen handvatten om hiermee aan de slag te gaan. Drie aanbevelingen zijn daarbij van belang:

- Objectivering van knelpunten.
- Nationale en regionale aanpak.
- Leren van goede voorbeelden en borgen vernieuwing.

Objectivering van knelpunten

Naast het oppakken van de geprioriteerde knelpunten is het objectiveren van knelpunten van belang. Voor de knelpunten die volgens de prioritering in Hoofdstuk 7 het meest aandacht lijken te verdienen, dienen partijen zich voornamelijk te richten op:

1. Het expliciet vastleggen van afspraken over verantwoordelijkheden rondom overdrachtsmomenten. Er zijn nu vooral afspraken vastgelegd tussen politie en GGZ-NL. Voor andere verwijzers, voornamelijk huisarts en HAP, lijken verantwoordelijkheden rondom overdrachtsmomenten niet expliciet vastgelegd te zijn. Daar zouden aanvullende (samenwerkings-) afspraken uitkomst kunnen

[90] Er zijn op een aantal punten afspraken vastgelegd tussen politie en GGZ-NL. Voor andere verwijzers, voornamelijk huisarts en HAP, zijn verantwoordelijkheden rondom overdrachtsmomenten niet expliciet vastgelegd.

bieden. Partijen kunnen deze afspraken bijvoorbeeld vastleggen in een multidisciplinaire kwaliteitsstandaard.

2. Een benchmark opzetten van patiëntpopulaties gezien door crisisdiensten, om inzicht te geven in of partijen de crisisdefinitie inderdaad verschillend interpreteren. Op basis van gegevens uit bijvoorbeeld 'webraap' kunnen aantallen crisiscontacten geanalyseerd worden, naar verwijzer en naar soort behandeling (ambulante of klinische crisis-DBC's, aantallen minuten). Door resultaten van crisisdiensten met elkaar te vergelijken, ontstaat een beeld van de verschillen in de patiëntpopulatie.

3. In kaart brengen van (vervolg)behandelkosten van een inadequate benadering tot aan beoordeling crisisdienst. Partijen verwachten dat de behandelkosten van patiënten die niet adequaat benaderd zijn in de keten tot het contact met de crisisdienst hoger zijn dan voor patiënten voor wie dit wel het geval is. Een patiënt die bijvoorbeeld tegen zijn wil wordt gesedeerd, kan dat als traumatisch ervaren en dit kan impact hebben op de vervolgbehandeling. De gevolgen van handelingsverlegenheid van niet-ggz hulpverleners en/ of de eerste opvang van de patiënt in een politiecel kunnen leiden tot hogere vervolgkosten. Partijen zouden cohorten patiënten kunnen volgen om te bepalen of bovenstaande veronderstelling juist blijkt.

4. Meer inzicht verkrijgen in wachttijd op crisisdiensten en de kosten die crisisdiensten nu maken. Om de knelpunten 'Wachttijd op crisisdienst als lang ervaren' en 'Financiering crisisdienst per DBC lijkt ongeschikt' te objectiveren, dienen crisisdiensten in kaart te brengen wat de huidige wachttijd is per verwijzer (vanaf telefonisch contact tot het arriveren van crisisdienst) en wat de kosten zijn om de norm van 80% in 2 uur te garanderen. Verwijzers op hun beurt zouden systematisch de kosten van de huidige wachttijd op de crisisdienst in kaart dienen te brengen. Daarnaast zou een inschatting gemaakt moeten worden van de kosten voor de crisisdienst van het eventueel verlagen van de wachttijd.

Nationale en regionale aanpak

Tijdens de interviews kwam regelmatig naar voren dat het per regio sterk kan verschillen welke knelpunten zich voordoen, hoe groot de knelpunten zijn, welke oplossing het meest geschikt is voor het knelpunt en op welke manier partijen aan de oplossing kunnen werken. De organisatie van de keten is per regio anders: in sommige regio's is één crisisdienst verantwoordelijk voor de acute ggz, in andere regio's hebben verschillende instellingen afspraken gemaakt over crisiszorg. Het profiel van personen waarvoor verwijzers de crisisdienst bellen lijkt te verschillen per regio. Het aandeel personen in

crisis, gezien door de crisisdienst, dat uiteindelijk opgenomen wordt vertoont grote variatie per regio[91].

Het is daarom aan te raden dat partijen regio specifieke knelpunten oppakken in de regio binnen de kaders van landelijke afspraken. Partijen kunnen knelpunten bijvoorbeeld aan de orde stellen tijdens het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) of de Geneeskundige Hulpverlening Organisatie in de Regio (GHOR). Nederland is ingedeeld in 25 GHOR regio's.[92] Daarnaast zijn er 10 ROAZ'en.[93] Met het oog op effectiviteit en de aard van het regionaal overleg lijkt het voor de meeste knelpunten verstandiger om knelpunten uit te werken binnen ROAZ'en dan binnen GHOR'en.[94] Een aandachtspunt bij overleg in ROAZ-verband vormt dat politie niet aangesloten is bij de ROAZ, terwijl politie wel een belangrijke ketenpartner is die bij meerdere knelpunten betrokken is. Een mogelijkheid zou kunnen zijn om de politie te vragen aan te laten sluiten bij de ROAZ overleggen over acute psychiatrie.

Leren van goede voorbeelden en borgen vernieuwing

Bij het werken aan oplossingen is het van belang om de beschikbare goede voorbeelden te delen. Ook zogenaamde 'slechte' voorbeelden zijn leerzaam om te delen. Deze ervaringen helpen ketenpartners in andere regio's bij het vinden van oplossingen. Partijen kunnen op een efficiëntere manier verbeteringen invoeren door te begrijpen welke succesfactoren en risicofactoren in andere regio's speelden tijdens de uitvoering van pilotprojecten.

Daarnaast dienen partijen aandacht te hebben voor het communiceren van afspraken die op nationaal of regionaal niveau gemaakt worden, richting de organisaties die acute ggz verlenen. De politie geeft aan dat, hoewel er in het convenant met GGZ-NL afspraken zijn gemaakt over de hulpverlening, deze afspraken nog niet overal op straat geïmplementeerd zijn. Ook GGZ-NL geeft aan dat de invoering van de werkwijze die het convenant beschrijft bij ggz-instellingen nog aan de gang is.

Tenslotte geven partijen aan dat het geld niet altijd de organisatorische verbeteringen voor de patiënt volgt. Uitgaven van ketenpartijen vallen in verschillende begrotingen. Voor uitgaven van de politie en de gemeente geldt zelfs dat deze in andere ministeriële begrotingen vallen. Het komt nu regelmatig voor dat ketenpartijen organisatorische verbeteringen voor de patiënt realiseren, maar dat de partij die er extra werk bij krijgt er

---

[91] Hier speelt wellicht een relatie met de opnamecapaciteit die ook verschilt per regio.

[92] Ministerie van BZK, Veiligheidsregio's, 2014

[93] Landelijk Netwerk Acute Zorg, Acute Zorgnetwerken, 2014

[94] Een belangrijk aandachtspunt bij de aanpak van regio-specifieke knelpunten in regionaal verband is dat binnen een regio vaak verschillende regio indelingen naast elkaar bestaan (ROAZ-regio's, veiligheidsregio's, indeling HAP's, enzovoorts).

niet voor gecompenseerd wordt.[95] Er dient aandacht te zijn voor eventuele overheveling van gelden of 'shared savings' afspraken om ketenpartners te motiveren om het belang van de patiënt en de maatschappij als geheel voorop te stellen.

[95] Bijvoorbeeld het creëren van een vooruitgeschoven ggz-post bij een crisisdienst die niet geleid heeft tot een financieringsstroom van de gemeente/politie richting de crisisdienst.

Literatuurverwijzingen

Abraham, H. en Nauta, O. (2014). Politie en 'verwarde personen' – Onderzoek naar optreden van de politie in relatie tot personen met verward gedrag. Onderzoek in opdracht van het WODC, afdeling Extern Wetenschappelijke Betrekkingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie. 10 september 2014. Amsterdam: DSP-groep.

Acute Zorg Netwerk Noord Nederland (2011) Stroomlijnen van acute zorg in een zorgketen. September 2011.

Altrecht Willem Arntsz (2012) Wat is het FACT Centrum Utrecht? Juli 2012. Utrecht: FACT Centrum Utrecht.

Ambulancezorg Nederland (2012) Ambulances in-zicht 2012. Zwolle: AZN.

Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Ambulancezorg (2013) Nota verantwoorde ambulancezorg. Februari 2013. Zwolle: AZN.

Anoiksis: Vereniging voor en door mensen met psychosegevoeligheid, o.a. de diagnosen schizofrenie en schizoaffectieve stoornis (2009) Grote verschillen tussen ggz crisisdiensten. Utrecht: UMC Utrecht. Beschikbaar via: http://www.anoiksis.nl/content/grote-verschillen-tussen-ggz-crisisdiensten. Geraadpleegd op 20 september 2014.

Bureau HHM (2013) Generalistische Basis GGZ – Verwijsmodel en productbeschrijvingen. Januari 2013. Enschede: Bureau HHM.

DBC Onderhoud (2014) Gebruikersdocument GGZ – Deel 1: Wijzigingen, vanaf 1 januari 2015. 16 december 2014. Utrecht: DBC Onderhoud.

DBC Onderhoud (2013) Factsheet Crisiszorg vanaf 2013. 3 juli 2013. Utrecht: DBC Onderhoud.

DBC Onderhoud (2014) Crisisinterventie. Website DBC Onderhoud. Beschikbaar via: http://www.dbcspelregels.nl/terminologie/crisisinterventie. Geraadpleegd op 27 december 2014.

DBC Onderhoud (2014) Spelregels DBC-registratie ggz - Versie 20131105. 1 januari 2014. Utrecht: DBC Onderhoud.

DBC Onderhoud (2014) Toelichting zorgprofielen ggz 2014 versie 1.0. Utrecht: DBC Onderhoud.

F-ACT Nederland (2014) Wat is F-ACT. Website F-ACT Nederland. Beschikbaar via: http://www.f-actnederland.nl/wat-is-f-act/. Geraadpleegd op 22 december 2014.

GGD GHOR Nederland, GGZ-NL en KNMG (2014) Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg. September 2014.

GGZ-Friesland (2014) Over FACT. Website GGZ-Friesland. Beschikbaar via: http://www.ggzfriesland.nl/over-fact. Geraadpleegd op 22 december 2014.

GGZ-Nederland (2014) Factsheet Wet verplichte GGZ. September 2014. Amersfoort: GGZ-Nederland.

GGZ Nederland en Netwerk Hoofden Crisisdienst ggz (2013) Profiel crisisdiensten/acute zorg ggz. September 2013. Amersfoort: GGZ Nederland.

GGZ-Noord-Holland-Noord (2014) Wat is FACT? Website GGZ-Noord-Holland-Noord. Beschikbaar via: http://www.fact.nl/. Geraadpleegd op 22 december 2014.

GGZ-Noord-Holland-Noord (2014) Modelbeschrijving IHT. Website GGZ-Noord-Holland-Noord. Beschikbaar via: http://www.ggz-nhn.nl/nl/IHT/Wat-is-IHT/Modelbeschrijving-IHT.html. Geraadpleegd op 23 december 2014.

GGZ-Noord-Holland-Noord (2014) Ordening primair proces. Website GGZ-Noord-Holland-Noord. Beschikbaar via: http://www.ggz-nhn.nl/nl/Strategischbeleidsplan2013-2014/Ordening-primair-proces.html. Geraadpleegd op 23 december 2014.

GGZ-Noord-Holland-Noord (2014) Wat is IHT? Website GGZ-Noord-Holland-Noord. Beschikbaar via: http://www.ggz-nhn.nl/nl/IHT/Wat-is-IHT.html. Geraadpleegd op 22 december 2014.

Landelijke vereniging POH-ggz (2014) Functieprofiel Praktijkondersteuner Huisarts – Geestelijke Gezondheidszorg. Website Landelijke vereniging POH-ggz. Beschikbaar via: http://www.poh-ggz.nl/over-poh-ggz/functieprofiel. Geraadpleegd op 22 december 2014.

Landelijk Netwerk Acute Zorg (2014) Acute Zorgnetwerken. Website Landelijk Netwerk Acute Zorg, Tilburg. Beschikbaar via:
http://www.lnaz.nl/bues__cms/nl/27/cooerdinatoren.html. Geraadpleegd op 27 december 2014.

Landelijk Platform GGz (2014) Knelpunten in crisiszorgketen ggz in kaart gebracht. 10 april 2014. Beschikbaar via: http://www.platformggz.nl/lpggz/newsitems/ni002622. Geraadpleegd op 12 december 2014.

Ministerie van BZK (2014) Veiligheidsregio's. December 2014. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Beschikbaar via: http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/bzk. Geraadpleegd op 27 december 2014.

Minister van Justitie en de Minister van Binnenlandse Zaken (1994) Ambtsinstructie voor de politie, de Koninklijke Marechaussee en andere opsporingsambtenaren. 8 april 1994. Website Rijksoverheid. Beschikbaar via: http://wetten.overheid.nl/BWBR0006589/geldigheidsdatum_19-01-2015#Opschrift. Geraadpleegd op 19 januari 2015.

Minister van Veiligheid en Justitie en Minister van Defensie (2012) Politiewet 2012. 12 juli 2012. Website Rijksoverheid. Beschikbaar via: http://wetten.overheid.nl/BWBR0031788/geldigheidsdatum_19-01-2015#Slotformulierenondertekening. Geraadpleegd op 19 januari 2015.

Minister van VWS (2012) Tijdelijke Wet Ambulancezorg. 11 mei 2012. Website Rijksoverheid. Beschikbaar via: http://wetten.overheid.nl/BWBR0031557/geldigheidsdatum_19-12-2014#Slotformulierenondertekening. Geraadpleegd op 29 december 2014.

Ministerie van VWS en ministerie van Justitie (2014) Wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg. Website Rijksoverheid. Beschikbaar via: https://www.dwangindezorg.nl/contact-informatie. Geraadpleegd op 29 december 2014.

Mulder, C.L., Hemert A.M. (2011) Epidemiologie van spoedeisende psychiatrie. In: Beerthuis, V., Achilles, A., Ewijk, W. van (red). Handboek spoedeisende psychiatrie. Tweede druk. Amsterdam: Benecke NI, 2011. Pagina 23-35.

Nederlands Huisartsen Genootschap (2011) NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts – tweedelijns ggz. In samenwerking met Nictiz en GGZ-Nederland. November 2011. Utrecht: NHG.

Nederlandse Zorgautoriteit (2013) Bekostiging en financiering ambulancezorg 2014 – Achtergrond bij de beleidsregel BR/CU-7089. Oktober 2013. Utrecht: NZa.

Nederlandse Zorgautoriteit (2010) Beleidsregel Huisartsendienstenstructuur BR/CU-7003, vanaf 1 januari 2011. Utrecht: NZa.

Nederlandse Zorgautoriteit (2013) Beleidsregel huisartsenzorg BR/CU-7095, vanaf 1 januari 2014. Utrecht: NZa.

Nederlandse Zorgautoriteit (2013) Beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening 2014 BR/CU-7089, vanaf januari 2014. Utrecht: NZa.

Nederlandse Zorgautoriteit (2014) Beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening 2015 BR/CU-7099, vanaf januari 2015. Utrecht: NZa.

Nederlandse Zorgautoriteit (2014) Beschikbaarheidbijdrage Cure - op aanvraag BR/CU-5121, vanaf 1 januari 2015. Utrecht: NZa.

Nederlandse Zorgautoriteit (2014) Nadere regel Gespecialiseerde ggz NR/CU-556, vanaf 1 januari 2015. Utrecht: NZa.

Nederlandse Zorgautoriteit (2014) Prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg BR/CU-5114, vanaf 1 augustus 2014. Utrecht: NZa.

Nederlandse Zorgautoriteit (2014) Tarieven Huisartsendienstenstructuren, stand van zaken 1 december 2014. Utrecht: NZa.

Nederlandse Zorgautoriteit (2013) Beleidsregel TH/BR-009 - Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, vanaf 1 januari 2014. Utrecht: NZa.

Platform Intensive Home Treatment (2014) IHT. Website Platform Intensive Home Treatment. Beschikbaar via: http://www.i-ht.nl/. Geraadpleegd op 22 december 2014.

Politie en GGZ-Nederland (2012) Convenant Politie – GGZ 2012. De Bilt: Raad van Korpschefs en Amersfoort: GGZ-Nederland.

Rijksoverheid (1992) Burgerlijk wetboek, boek 7: Bijzondere overeenkomsten: Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Website Rijksoverheid. Beschikbaar via: http://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/volledig/geldigheidsdatum__30-12-2012#Boek7__Titel7__Afdeling5. Geraadpleegd op 30 december 2014.

RIVM (2014) Zorgbalans 2014: De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Bilthoven: RIVM.

Rooijmans, D., Ikkersheim, D. (2009) Praktijktoets Spoed Eisende Hulp. Bijlage bij rapport 'Spoedeisende Hulp: Vanuit een stevige basis'. November 2009. KPMG Plexus in opdracht van het ministerie van VWS.

Schrijvers, G. (2009) Nieuwsbrief Public Health 371: Grote verschillen tussen ggz crisisdiensten. 23 november 2009. Julius Centrum en UMC Utrecht. Beschikbaar via: file:///C:/Users/Geraline%20Boonzaaijer/Downloads/Newsletter371.pdf. Geraadpleegd op 20 september 2014.

Slijpen, H. (2013) Effecten van ambulantisering bij de GGZ op het dagelijkse politiewerk. GGZ Expertgroep Politie Nederland. Maart 2013.

Slijpen, H. (2014) GGZ-gerelateerd politiewerk: een informatiebrochure voor politiemensen. In opdracht van de landelijke expertgroep GGZ van de politie. April 2014.

Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en Minister van Justitie (1992) Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen. 30 december 1992. Website Rijksoverheid. Beschikbaar via:
http://wetten.overheid.nl/BWBR0005700/Slotformulierenondertekening/geldigheidsdatum_29-12-2014. Geraadpleegd op 29 december 2014.

Stichting Centrum Certificering ACT en Flexible ACT (2014) Wat is Flexible ACT? Website Stichting Centrum Certificering ACT en Flexible ACT. Beschikbaar via: http://www.ccaf.nl/act-en-fact/fact. Geraadpleegd op 22 december 2014.

Trimbos Instituut (2010) Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit: Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten. Utrecht: Trimbos Instituut.

Trimbos Instituut (2012) Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie – Interventie specifieke aanbevelingen. Datum goedkeuring: 1 juni 2012. Utrecht: Trimbos Instituut.

Venneman, B., Smits, S., Onderwater, K., GGZ in de wijk – Zelfregie van bewoners als basis voor geestelijke gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven: wijkverpleegkundige GGZ: de verbindende schakel, juli 2013

Venneman, B., Onderwater, K., Boon, S., Smits, M. (2014) Geestelijke gezondheid in de wijk: de wijkverpleegkundige ggz, de verbindende schakel. Vakblad Sociale Psychiatrie, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, april 2014.

Verslavingszorg Noord-Nederland (2014) FACT. Website Verslavingszorg Noord-Nederland. Beschikbaar via:
http://www.vnn.nl/doorverwijzen/behandelingsvormen/fact/. Geraadpleegd op 22 december 2014.

Vlemminx, H. (2012) Ketensamenwerking in de acute GGZ-keten buiten kantoortijden – Het verbinden van huisartsenposten en geestelijke gezondheidszorg. Juni 2012. Tilburg Universiteit en Vereniging Huisartsenposten Nederland.

VUmc Netwerk acute zorg. Opzet ketenbrede focusgroepen ROAZ VUmc/AMC: handleiding.

VWS (2013) Bestuurlijk akkoord en nieuwe afspraken toekomst GGZ. Website samenwerkingsverband GGZ NL, InEen, LHV, LPGGz, LVE, NIP, NVVP, NVvP, VWS, Platform Meer GGZ, V&VN en ZN. Beschikbaar via:
http://invoeringbasisggz.nl/onderwerp/bestuurlijk-akkoord-en-nieuwe-afspraken-toekomst-ggz. Geraadpleegd op 12 december 2014.

VWS (2012) Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014. Ondertekend door LPGGz, GGZ NL, ZN, NVvP, NIP, LVG, LVE, Platform Meer GGZ, NVVP en VWS. Juni 2012. Den Haag: Ministerie van VWS.

VWS (2013) Invoering Generalistische Basis GGZ – Verwijsmodel en productbeschrijvingen. Website samenwerkingsverband GGZ NL, InEen, LHV, LPGGz, LVE, NIP, NVVP, NVvP, VWS, Platform Meer GGZ, V&VN en ZN. Beschikbaar via: http://invoeringbasisggz.nl/onderwerp/bestuurlijk-akkoord-en-nieuwe-afspraken-toekomst-ggz. Geraadpleegd op 12 december 2014.

VWS (2013) Onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017. Ondertekend door GGZ NL, LPGGz, NVvP, NVVP, NIP, Platform MEER GGZ, LVE, ZN en VWS. Juli 2013. Den Haag: Ministerie van VWS.

Wierdsma, A.I., Marle, P.D. van, Mulder, C.L. (2010) Aantallen en patronen van inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen in Maastricht, Groningen en Rotterdam. *Tijdschrift voor psychiatrie, 52.*

Zuijderhoudt Consultancy (2012) De kwestie vervoer: GGD/Politie Amsterdam – Amstelland. 31 januari 2012. Den Haag: Zuijderhoudt Consultancy.

Bijlage afspraken vervoer personen in crisis

Bijlage bij hoofdstuk 7.2: tabel met afspraken over verantwoordelijkheden m.b.t. vervoer personen in crisis

Situatie	Justitële Status	Gevaar	Maatregelen	Vervoersrichting	Vrijwillig gedwongen vervoer	Bevoegdheid politie nodig?	Verantw. voor vervoer
Verwijzing	vrijwillig	nee	Overdracht naar eigen zorgkader	naar huis/familie	vrijwillig	nee	patient
Opname	vrijwillig	ja	Beëindiging crisissituatie woning/elders	naar instelling	vrijwillig	nee	beh. arts
			Beëindiging crisissituatie op openbare weg	naar onderz.lok (SPOR, SEH)	gedwongen	ja	politie
				naar politiebureau	gedwongen	ja	politie
	IBS/RM	ja	Beëindiging crisissituatie woning/elders	naar instelling	gedwongen	nee	beh. arts
	WGBO		Beëindiging crisissituatie op openbare weg	naar onderz.lok (SPOR, SEH)	gedwongen	ja	politie
	strafrecht		Beoordeling in het kader van de Wet BOPZ	naar politiebureau	gedwongen	ja	politie
	e.a. wetg.		Vaststellen med. indicatie voor vervoer	naar huis/familie	vrijwillig	nee	patient
Ontslag	vrijwillige	nee	Gebruikelijke nazorg en afspraken	naar huis/familie	vrijwillig	nee	patient
	opname	ja	Beoordeling in het kader van de Wet BOPZ	geen (blijft ter plekke)	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
			Overplaatsing naar andere instelling	naar instelling	vrijwillig	nee	beh. arts
Weglopen	vrijwillige	nee	Regelen ontslag en afspraken nazorg	naar huis/familie	vrijwillig	nee	patient
Vermissing	opname		Opsporing vermiste patient door instelling	naar instelling	vrijwillig	nee	beh. arts
		ja	Beoordeling in het kader van de Wet BOPZ	naar onderz.lok (SPOR, SEH)	gedwongen	ja	politie
			Opsporing vermiste patient door instelling	naar instelling	gedwongen	nee	beh. arts
			Opsporing en aanhouding vermiste pat. door politie	naar politiebureau	gedwongen	ja	politie
				van bureau naar instelling	gedwongen	nee	beh. arts
					gedwongen	ja	pol. beg. Ambu
	gedwongen	n.v.t.	Terughalen van patiënt door instelling	naar instelling	gedwongen	nee	beh. arts
	opname		Opsporing vermiste patient door instelling	naar instelling	gedwongen	nee	beh. arts
			Opsporing en aanhouding vermiste pat. door politie	naar politiebureau	gedwongen	ja	politie
				van bureau naar instelling	gedwongen	nee	beh. arts
					gedwongen	ja	pol. beg. Ambu
Niet nakomen van voorwaarden	voorwaarde-lijke RM	n.v.t.	Intrekken voorwaardelijk ontslag	naar instelling	gedwongen	nee	beh. arts
				naar politiebureau	gedwongen	ja	politie
				van bureau naar instelling	gedwongen	nee	beh. arts
					gedwongen	ja	pol. beg. Ambu
Strafbaar feit	strafrecht	n.v.t.	Afhandeling strafrechtelijke vervolging.	naar politiebureau	gedwongen	ja	politie
			Voortzetting strafrechtelijke vervolging	naar justitiële inrichting	gedwongen	ja	DJI

Bron: Politie en GGZ-Nederland, Convenant Politie – GGZ 2012, 2012

Figuur 18. Afspraken over verantwoordelijkheden m.b.t. vervoer van personen in crisis voor zolang het vervoer niet bij wet geregeld is